Nr. 47. 18. listopada 1928. Rok VII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

NOWINOM LEKARSKIM W CZTERDZIESTOLECIE ICH ISTNIENIA.

Świat lekarski Wielkopolski, a z nim cały świat lekarski polski, święci gody czterdziestolecia istnienia organu Wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk — Nowin Lekarskich. W jakże innych warunkach, niż przed laty pietnastu, gdy położenie polityczne tej wiernej dzielnicy Polski na podobną uroczystość jubileuszową »Nowin« pozwalało przybyć do Poznania zaledwie garstce delegatów, by krzepić wzajemnie siły i ducha, by świadczyć, że Polska, choć politycznie podzielona, duchem jednak i sercem jest cała i nierozerwalna!

Pod kątem ówczesnego położenia politycznego należy też patrzeć na dzieło stworzenia »Nowin Lekarskich«, na ich znaczenie, pod tym kątem też należy oceniać zasługi tych, którzy stworzyli ten ośrodek polski. Dziś z okazji czterdziestolecia jego istnienia z czcią należy wspominać pamięć tych z nich, co już spoczęli, hołd składać tym z nich, co tej uroczystości dożyli. Założenie »Nowin Lekarskich« przed laty czterdziestu — to jeden z dalszych etapów programu wielkiego Obywatela, Lekarza i Polaka — Karola Marcinkowskiego

Nie brakło też tej dzielnej Ziemi wielkopolskiej synów, którzy poszli śladami Marcinkowskiego, że wymienimy już dziś nieżyjących Heliodora Święcickiego, Bolesława Wicherkiewicza, a dalej Ignacego Zielewicza, których myśl urzeczywistniła powołanie do życia »Nowin Lekarkich«, inni zaś, jak Franciszek Chłapowski, Kaczorowski, Świderski, Szuman, organizowali z poprzednimi i zakreślili program pismu, byli pierwszymi jego filarami i opiekunami, a w chwilach przełomowych dla pisma nie wachali się ponieść ofiar dla niego, dla zapewnienia jego bytu i rozwoju.

W roku 1888 Wydział Lekarski Towarzystwa Przyjaciół nauk w Poznaniu, na wniosek Heliodora Swięcickiego, Bolesława Wicherkiewicza i Ignacego Zielewicza, uchwalił przystąpić do wydawania miesięcznego pisma lekarskiego. »Nowiny Lekarskie« ukazały się po raz pierwszy w styczniu roku 1889 i odtąd pismo wychodzi bez przerwy, przez lat czterdzieści, co miesiąc przez lat 36, od lat czterech co dwa tygodnie.

Kiedyś dziejopis naszego piśmiennictwa lekarskiego, patrząc na historję jego rozwoju oceni należycie znaczenie »Nowin Lekarskich« dla Ziemi wielkopolskiej i zasługi ich założycieli. Kulturalne i narodowe znaczenie Pisma — Jubilata rozumiano dobrze we wszystkich byłych trzech zaborach, a wyrazem tego odczucia były nazwiska współpracowników z wszystkich ziem Polski. Te czterdzieści tomów pisma, to istotny symbol wspólnoty duchowej nawet najdalej rzuconych pracowników polskich

Przechodziły »Nowiny« chwile ciężkie, były i takie, w których myślano o zwinięciu pisma — jednak tężyzna, wytrwałość, poparte przywiązaniem i miłością, poczucie obowiązku i ofiarność, niekiedy jednostek, sprawiały, że »Nowiny «przetrwały zwycięsko czasy najcięższe. Jako mocny strażnik kultury polskiej na zachodnich kresach ziemi naszej, były ostoją ruchu naukowego i piśmienniczego tam, gdzie warunki dlań były tak bardzo ciężkie.

Niechże to szczytne posłannictwo, acz w zmienionych warunkach, pełnią dalej, niechże ten rok jubileuszowy istnienia wolnej Polski będzie nie tylko rokiem jubileuszowym dla »Nowin Lekarskich«, lecz także zachętą na dalsze lat dziesiątki do spełnienia szczytnego posłannictwa ku krzepieniu ducha polskiego i utrzymywaniu wiary we własne siły, niechże one będą i nadal strażnicą zawsze czujną na zachodnich rubieżach Rzeczypospolitej!

WITOŁD NOWICKI.

PRACE ORYGINALNE.

Leon SZYFMANN i Mieczysław KOCEN. Łódź.

Gruźlica, gospodarka wodano-węglowa a cukrzyca.

Z oddziału wewnętrznego Szpitala fund. małżonków Poznańskich w Łodzi
Ordynator: Dr. Sew. Sterling.

Sprawa gospodarki wodanów węgla w ustroju chorych gruźliczych, sprawa wzajemnego stosunku gruźlicy do cukrzycy i odwrotnie — dotychczas mało jeszcze została zbadana. Pewnem jest tylko na podstawie licznych spostrzeżeń klinicznych i sekcyjnych, że chorzy na gruźlicę rzadziej, niż ludzie zdrowi, zapadają na cukrzycę, a że natomiast gruźlica stanowi bardzo częste powikłanie cukrzycy. Według statystyki Joslina 1% ludności choruje na cukrzycę, u gruźlików zaś cukromocz stwierdza się zaledwie w jednej szóstej odsetka przypadków (Montgomery). O częstem występowaniu gruźlicy u djabetyków świadczą dane następujące. Naunyn na 225 przypadków cukrzycy z praktyki prywatnej i szpitalnej spostrzegał powikłanie w postaci gruźlicy w 10 proc. przypadków; Noorden — w praktyce prywatnej w $5^1/_2$% przypadków, a w praktyce szpitalnej w 15%. Ostatnio Noorden podaje większą odsetkę, bo 27%. Podkreśla on częste występowanie tego powikłania u żydów rosyjskich; na 45 przypadków, spostrzeganych w ciągu 3 miesięcy we Wiedniu, w 27 stwierdził klinicznie niewątpliwą cukrzycę.

W naszym materjale szpitalnym stwierdziliśmy na 104 przyp. cukrzycy powikłanie gruźlicą w 17 przypadkach. W naszym materjale zasługuje na uwagę częste występowanie tego powikłania u żydów: na 75 semitów chorych na cukrzycę stwierdzono w 14 przypadkach; na 29 aryjczyków w 3. Na materjale sekcyjnym (Naunyn, Noorden) gruźlicę u djabetyków stwierdzono w 40 do 50% przypadków. Duża różnica między statystyką kliniczną, a patologo-anatomiczną tłumaczy się tą okolicznością, że u djabetyków nawet przy bardzo rozległych zmianach w płucach stwierdza się często opukowo i osłuchowo tylko minimalne objawy, które łatwo mogą być przeoczone. Utrudnia często rozpoznanie brak charakterystycznych objawów, jak gorączka, poty nocne, krwioplucie, wreszcie częsta nawet w postaciach rozpodowych nieobecność prątków Kocha w plwocinie, tłumaczona niszczeniem prątka przez współczesne pasorzytujące w płucach djabetyków grzybki.

W naszej praktyce szpitalnej systematyczne określanie szybkości opadania krwinek u chorych djabetyków w przypadkach przyspieszenia opadania skłaniały do wyjątkowo ścisłego badania w kierunku gruźlicy, co przyczyniło się do jej wykrywania zapomocą rentgenoskopji przy minimalnych objawach klinicznych.

Zarówno lekka jak i ciężka cukrzyca może być powikłana przez gruźlicę. Gruźlica, wikłająca cukrzycę, przebiegać może różnie: pod postacią *phthisis fibrosa* lub też *caseosa;* ta ostatnia postać bywa najczęściej umiejscowiona w dolnych płatach i ma przebieg złośliwy *(pneumonia caseosa)*. Rokowanie w przebiegu gruźlicy djabetyków jest złe. a co najmniej wątpliwe. Częste występowanie i złośliwy przebieg gruźlicy, wikłającej cukrzycę, tłumaczą bądź ogólnem wyniszczeniem ustroju diabetyków bądź tem, że tkanki zawierające dużo cukru stanowią dobrą pożywkę dla laseczników Kocha. Godnym szczególnej uwagi jest wpływ gruźlicy na przebieg cukrzycy. Naogół gruźlica, jak każde inne zakażenie wtórne, wywiera ujemny wpływ na przemianę materji u djabetyka: wzmaga się cukromocz, występuje kwasica; istnieją jednak spostrzeżenia kliniczne, stwierdzające, że pod wpływem gruźlicy, zwłaszcza ciężko przebiegającej, następuje poprawa w zakłóconej gospodarce wodanów węgla: znika kwasica, zmniejsza się cukromocz, wzmaga się tolerancja względem wodanów węgla — Josslin podaje nawet, że w razie nagłego dla nas niewytłumaczonego wzmożenia się tolerancji względem wodanów węgla u chorego djabetyka powinno powstać podejrzenie istnienia utajonego ogniska gruźliczego. Na oddziale naszym szpitalnym spostrzegaliśmy na początku roku 1924 chorego B. D. lat 20 z ciężką postacią cukrzycy, powikłanej przez gruźlicę. Chory w ciągu kilku tygodni był leczony insulina i z powodu braku tej ostatniej kuracja insulinowa została przerwana (wtedy o insulinę było u nas trudno); sprawa płucna szybko postępowała, charłactwo wzmagało się z dnia na dzień a jednocześnie — wbrew oczekiwaniom — znikł aceton, ustąpił cukromocz, słowem w miarę pogarszania się stanu ogólnego poprawiała się jakby gospodarka wodano-węglowa w organizmie. Allen, Joslin tłumacza poprawę w takich przypadkach zmniejszonem zapotrzebowaniem na hormon trzustkowy wobec obniżenia wagi ciała zależnem od wyniszczenia ustroju. Tłumaczenie to, według Rozenberga 3) nie wystarcza. Spostrzegał on bowiem w 4 przypadkach cukrzycy, powikłanej przez ciężką gruźlicę, nagłą poprawę przemiany wodanów węgla przy małych wahaniach wagi ciała i dostatecznem odżywianiu. Wnioskuje przeto, że nie o wyniszczenie organizmu chodzi w takich przyp., a muszą tu wchodzić w grę jakieś inne, bliżej nieznane czynniki. Myśl nową w tej sprawie rzucił Erik Lundberg 4). Podaje on, że tkanki gruźlicze zawierają substancję zbliżoną pod względem działania do insuliny. Lundbergowi udało się zapomocą specjalnego sposobu postępowania otrzymać z gruźliczo zmienionych narządów tę substancję, nazwaną przez niego parainsuliną. Obecnością parainsuliny w tkankach gruźliczych tłumaczy się, według Lundberga, znikanie acetonurji i cukromoczu u djabetyków dotkniętych ciężką gruźlicą, tem też tłómaczyłaby się w tych przypadkach skłonność do hipoglikemji przy stosowaniu insuliny i niski poziom cukru we krwi u gruźlików. Ciekawe są w tej mierze badania Kazarnowskiej 5), która na sekcji zwłok ludzi zmarłych na gruźlicę swierdzała przerost wysepek Langerhansa przy zmniejszonej jednocześnie o połowę wadze tarczycy. Według Kazarnowskiej przerost ten następuje prawdopodobnie wskutek wyczerpania w daleko posuniętej cukrzycy antagonistów trzustki — tarczycy i nadnercza. Zaznaczyć jednak należy, że drugi badacz rosyjski Meierowicz 6) w pięciu przypadkach sekcji zwłok ludzi zmarłych na gruźlicę stwierdził zmiany wręcz przeciwne, mianowicie zwłóknienie i zanik wysepek Langerhansa. Ponieważ obaj ci autorzy opierali się na skąpym materjale, potrzebne są dalsze badania anatomo-patologiczne wtym kierunku. Jedno jednak dziś już zdaje się być pewnem, że w daleko posuniętej gruźlicy może nastąpić nadczynność wysepek Langerhansa nawet bez ich anatomicznego przerostu jako skutek stwierdzonego przez licznych autorów wyczerpania w takich razach trzustki i nadnercza.

Według Sterlinga 7) poprawę gospodarki wodano-węglowej w daleko posuniętej gruźlicy możnaby sobie tłumaczyć wyczerpaniem nerwu współczulnego, a co za tem idzie upośledzeniem czynności nadnercza i tarczycy — tych dwóch najważniejszych antagonistów trzustki. Za tą hipotezą przemawiać ma według niego zachowanie się organizmu gruźlików w stosunku do insuliny: przyczyną spostrzeganego niekiedy pogorszenia suchot płucnych zwłaszcza w początkowym ich okresie u djabetyków leczonych insuliną w myśl tej hipotezy byłoby „zobojętnienie przez insulinę czynności obronnych adrenaliny, czynności nerwu współczulnego". Wyczerpaniem nerwu współczulnego w późniejszych okresach gruźlicy tłumaczyłby się stwierdzany przez niektórych autorów poziom cukru we krwi u gruźlików i skłonność do hipoglikemji przy stosowaniu insuliny.

Rzecz zrozumiała, że dla bliższego zbadania gospodarski wodano-węglowej u gruźlików konieczne były systematyczne badania zachowania się cukru we krwi naczczo i po obciążeniu gruźlików w różnych okresach choroby. W ciągu lat ostatnich w piśmiennictwie polskiem i obcem ukazał się szereg prac na ten temat. Jedni badacze ograniczyli się tylko do badania cukru we krwi naczczo; drudzy, chcąc bliżej poznać stan gospodarki wodano-węglowej, określali ponadto krzywą cukru we krwi po obciążeniu glukozą. Wyniki, otrzymane przez różnych autorów, są rozbieżne, co tłumaczy się do pewnego stopnia różnym materjałem klinicznym, na jakim badania przeprowadzone zostały. Sigurd Berg 8) przeprowadził badania bez uwzględnienia postaci i okresu gruźlicy i otrzymał w 86% przypadkach liczby niższe o 10% od normy, a w 14% nieznaczną hiperglikemję. Landau i Glogauer 9) w 60 przypadkach *phthisis chronica* bez uwzględnienia okresu i postaci znaleźli znaczne wahania w jedną i drugą stronę. Grott 10) na 78 przypadków *phthisis pulmonum consumptiva, tbc. fibro caseosa chronica progrediens* stwierdził w 56 przypadkach liczby normalne; w 9 niskie (od 65 do 80 mg %); a w 13 średnio wysokie (111 — 140 mg %). Hecht i Bonem w pracy z roku 1927 przytaczają wyniki badań 75 przypadków różnych postaci i okresu gruźlicy przyczem stwierdzili: 1) w gruźlicy początkowej *(phthisis incipiens)* liczby normalne, sięgające często górnej granicy normy; to samo stwierdzili w przypadkach *phthisis obsoleta;* 2) w przypadkach rozwiniętej gruźlicy liczby niskie, czasem utrzymujące się jeszcze w granicach normy, czasem znacznie poniżej normy; zwracają przytem uwagę, że w przypadkach daleko posuniętej gruźlicy wahania ciepłoty nie miały żadnego wpływu na zachowanie się cukru we krwi a przeprowadzone w kilku hipoglikemicznych przypadkach ścisłe obliczenia spożytych przez chorych wodanów węgla i zawartych w pokarmie ciepłostek wykazały, że niski poziom cukru we krwi nie był zależny bezpośrednio od niedożywiania.

Wszyscy wyżej wymienieni autorzy badali również gospodarkę wodano-węglową zapomocą określania krzywej glikemicznej po obciążeniu glukozą. Sigurd Berg w 70 przypadkach podawał 100 g glukozy naczczo przyczem w 30% przypadków ujawnił upośledzenie regulacji cukru w ustroju w postaci zbyt powolnego opadania krzywej; zależności krzywej od okresu choroby nie ustala. Landau i Glogauer na 20 przypadków, obciążonych 20 g glukozy, w kilku przypadkach spostrzegali przedłu-

żenie okresu przecukrzenia. Grott w 78 przypadkach określał krzywą glikemiczną i przyszedł do wniosku, że u chorych z jedną i tą samą postacią kliniczną gruźlicy przemiana wodano-węglowa może być sprawna, lekko i znacznie upośledzona. Hecht i Bonem w kilkunastu przypadkach gruźlicy z niskim poziomem cukru we krwi naczczo badał krzywą przecukrzenia po podawaniu 20 g glukozy i znalazł w części przypadków krzywą patologiczną (powolne podnoszenie i przedłużone opadanie krzywej); w drugich krzywą normalną z następczym wybitnym spadkiem.

Z zestawienia prac powyższych wynika, że wszyscy badacze w pewnej odsetce przypadków gruźlicy stwierdzali zaburzenia w regulacji cukru w ustroju, co tłumaczono nienormalną czynnością gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu albo też czynnościową niedomogą wątroby, powstającą pod wpływem jadów gruźliczych.

Przechodzimy do badań własnych[1]). Badania przeprowadzaliśmy na materjale szpitalnym oddziału wewnętrznego Szpitala fundacji małż. Poznańskich i częściowo w Sekcji do Walki z gruźlicą przy Wydziale Zdrowotności m. Łodzi (kierownik Dr. Sterling).

Badania nasze polegały na określaniu poziomu cukru we krwi we wszystkich przypadkach (56) i na określaniu krzywej glikemicznej po obciążeniu glukozą. Zawartość cukru naczczo określaliśmy z rana, czyli w 13—14 godzin po spożyciu ostatniego posiłku. Posługiwaliśmy się metodą Hagedorna-Jensena. W większości przypadków określaliśmy jednocześnie zachowanie się ciśnienia krwi i odczyn Biernackiego. Przy zestawieniu wyników badań posługiwaliśmy się klasyfikacją anatomiczno-kliniczną suchot płucnych. Naczczo zbadaliśmy ogółem 56 przypadków suchot płucnych: z nich 17 *phthisis pulmonum incipiens; phthisis pulmonum declarata stationaris* 10; *declarata progrediens* 22; *consumptiva* 7.

Tablica 1.
Phthisis pulmonum incipiens.

Chorzy	Ilość cukru w litrze krwi	Ciśnienie krwi Hg
Nr. 1 Z. P.	0,86 gr.	110 — 60
2 Z. T.	1,29	130 — 70
3 F. J.	1,25	126 — 60
4 P.	1,15	105 — 80
5 B. H.	0,87	100 — 70
6 B. J.	0,8	90 — 60
7 S. E.	0,86	110 — 65
8 P. P.	0,85	120 — 65
9 G. A.	1,06	110 — 65
10 O. J.	1.27	115 — 70
11 O. C.	0,98	105 — 65
12 K.	0.88	120 — 70
13 Z. Br.	0,93	105 — 60
14 St. Est.	0,74	85 — 60
15 J. A.	0.8	95 — 60
16 P.	0,94	115 — 70
17 K.	0,8	—

Tablica 2.
Phthisis pulmonum declarata stationaris.

Chorzy	Ilość cukru w litrze krwi	Ciśnienie krwi Hg
Nr. 1 F.	0,96 gr.	107
2 U.	0,98	110 — 51
3 R.	0,98	120 — 70
4 M.	0,88	111 — 70
5 R.	0 9	110 — 62
6 D.	0,88	140 — 67
7 K.	0,98	125 — 60
8 A.	0,81	130 — 60
9 L.	1.2	—
10 M.	0,7	—

Przy ocenie wyników braliśmy pod uwagę dane Stauba, który granicę zawartości cukru w normie określa między 0,75 gr. — 1,13 gr. ‰ (przeciętna 0,96 gr. ‰).

W 17 przypadkach *phthisis incipiens* liczby wahały się w granicach normy, w czterech przypadkach stwierdziliśmy nieznaczną hiperglikemję. Na 10 przypadków *phthisis pulmonum declarata stationaris* w 8 stwierdziliśmy normę; w jednym ilość cukru wynosiła 0,7 g ‰; w jednym zaś, dotyczącym osobnika otyłego, nieco ponad normę 1,2 g ‰. Na 22 przypadki *phthisis pulmonum declarata progrediens* w 13 przypadkach stwierdziliśmy liczbę poniżej normy, w 6 dolną granicę normy, w 3 przypadkach przeciętną normę. Na 7 przypadków *phthisis pulmonum consumptiva* w 5 przypadkach liczby poniżej normy; w jednym — 0.78 g ‰; w jednym — 0,9‰.

Tablica 3.
Phthisis pulmonum declarata progrediens.

Chorzy	Ilość cukru w litrze krwi	Ciśnienie krwi Hg
Nr. 1 M.	0,7 gr.	78
2 P.	0,6	74
3 W.	0,7	70
4 C.	0,9	100 — 75
5 S.	0,68	88 — 52
6 B.	0 58	93 — 51
7 K.	0 67	90 — 50
8 E.	0 66	77 — 51
9 F.	0 7	80 — 60
10 M.	0,78	105 — 60
11 K.	0 58	93 — 70
12 S.	0 82	103 — 60
13 B.	0 82	107 — 62
14 K.	0 72	105 — 70
15 K.	0 81	90
16 L.	1,1	—
17 G.	0 97	—
18 K.	0,81	—
19 S.	0,7	98 — 60
20 B.	0,6	—
21 T.	0,6	—
22 J.	0,75	96 — 68

Tablica 4.
Phthisis pulmonum consumptiva.

Chorzy	Ilość cukru w litrze krwi	Ciśnienie kwri Hg
Nr. 1	0,61 gr.	80 — 55
2	0,64	81 - 55
3	0,7	90 — 60
4	0,6	94 — 57
5	0,78	96 — 60
6	0,9	99 — 54
7	0,6	—

Zaznaczyć przytem należy, że w przypadkach *phthisis declarata progrediens* i *phthisis consumptiva* niski poziom cukru we krwi szedł w parze zzazwyczaj z niskiem ciśnieniem krwi.

Z danych powyższych wynika, że w gruźlicy początkującej i w gruźlicy nie postępującej *(phthisis pulmonum stationaris)* stwierdzaliśmy naogół normalne ilości cukru we krwi, natomiast w przypadkach *phtisis pulmonum progrediens,* a zwłaszcza *consumptiva* stwierdza się obniżenie poziomu cukru we krwi, idące w parze z hypotensją.

Ponadto w 23 przypadkach zbadaliśmy zachowanie się krzywej przecukrzenia po podawaniu glukozy, przyczem w 13 przypadkach przeprowadziliśmy jednorazowe obciążenie; podawaliśmy 50 g glukozy naczczo i badaliśmy krew naczczo, po 30', 60' i 120'. W 10 przypadkach zastosowaliśmy w myśl Stauba zalecane przez Noordena podwójne obciążenie — podawaliśmy naczczo 50 g glukozy, po upływie godziny drugie 50 g, badając krew co ½ godziny w ciągu 2 godzin. Krzywe otrzymane po jednorazowem obciążeniu glukozą, ocenialiśmy według Macleana. Przy dwurazowem obciążeniu uważaliśmy krzywą za nienormalną, jeśli po powtórnem podaniu glukozy następowało większe podniesienie poziomu, niż po pierwszem.

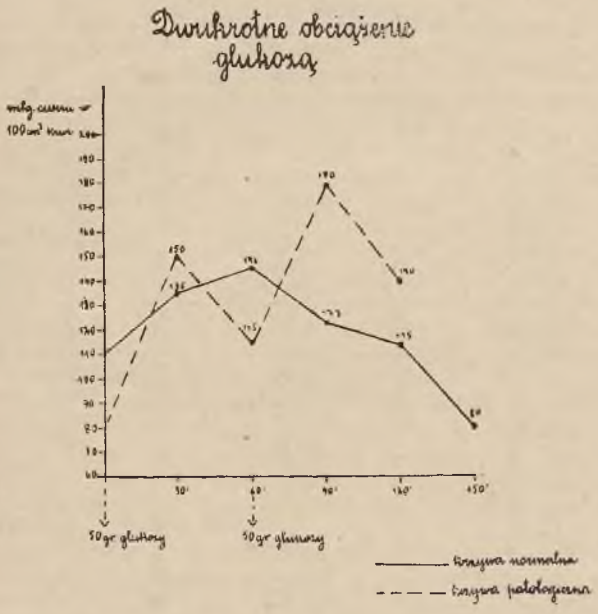
Przytaczamy dwie najbardziej charakterystyczne krzywe — jedną normalną, drugą o patologicznym przebiegu — po dwukrotnem obciążeniu glukozą w przypadkach *pht. pulmonum declar. progr.*

Z 23 przypadków, obciążonych glukozą, 1 dotyczył *phthisis incipiens progrediens;* 5 *phtisis declarata stationaris;* 11 *phthisis declarata progrediens* i wreszcie *phthisis consumptiva.* Wyniki otrzymaliśmy następujące w przypadku *phthisis incipiens* krzywa odpowiadała normie; na 5 przypadków *phthisis declarata stationaris* w dwu otrzymaliśmy krzywą patologiczną, w 3 normalną;

[1]) W badaniach tych pomocna nam była kand. chemji H. Neudorfówna.

na 11 przypadków *phthisis pulmonum progrediens* w 7 patologiczną, w 4 normalną i wreszcie na 6 przypadków *consumptiva* w 2 patologiczną i w 4 normalną.

Z otrzymanych danych wynika, że w przypadkach *phthisis declarata progrediens* i *consumptiva* w pewnej ilości przypadków otrzymuje się krzywą patologiczną, świadczącą o zaburzeniu w regulacji cukru we krwi. W wynikach naszej pracy zwraca uwagę okoliczność, że w pewnej ilości przypadków o bardzo niskim po-



ziomie cukru we krwi, co przemawiało pozornie za wydolnością aparatu wodano-węglowego, przy obciążeniu glukozą ujawniono upośledzenie gospodarski cukrowej. Dla zrozumienia tych na pozór paradoksalnych wyników należy sobie uprzytomnić, jakie są fizjologiczne warunki gospodarki wodano-węglowej w organizmie i jaki wpływ wywrzeć może gruźlica na czynność poszczególnych składników aparatu, regulującego przemianę wodanów węgla w ustroju, a wtedy stanie się może zrozumiałem, jak się odbić może gruźlica na całokształcie gospodarki cukrowej.

Układ sympatyczny wraz z nadnerczem i tarczycą pobudza wątrobę do tworzenia cukru z glikogenu, z drugiej zaś strony układ parasympatyczny z trzustką i przytarczycą hamuje wytwarzanie cukru, sprzyjając magazynowaniu glikogenu; głównym narządem wykonawczym przemiany cukrowej jest wątroba; kieruje całym aparatem centralny układ nerwowy (ośrodki w okolicy *globus palidus, hypotalamus, nucleus periventricularis* i na dnie czwartej komory). Każde zaburzenie czynności jednego ze składników tego skomplikowanego i nader subtelnego aparatu w razie niewyrównania go przez antagonistów już może wywołać zakłócenie gospodarki cukrowej w ustroju.

Jak wynika z badań anatomo-patologicznych i klinicznych, wszystkie części składowe tego aparatu ulegać mogą uszkodzeniom w przebiegu gruźlicy. Zaczniemy od układu roślinnego. W początkowych okresach gruźlicy stwierdza się wzmożone napięcie układu sympatycznego, któremu możnaby przypisać obronną rolę w walce organizmu z gruźlicą, w daleko natomiast posuniętych sprawach następuje wyczerpanie tego układu, co przejawia się między innemi przez spadek ciśnienia. Wyczerpanie układu sympatycznego, a co za tem idzie niedomoga nadnercza i tarczycy w swej konsekwencji daje przewagę układowi parasympatycznemu i trzustce. Bezpośrednie uszkodzenie nadnercza pod wpływem jadów gruźliczych stwierdzone zostało przez E p p i n g e r a, H e s s a, S e r g e n t a, a z polskich badaczy M i c h a l s k i e g o 11). Tarczyca również ulega zmianom pod wpływem jadu gruźliczego — w początkowych okresach występują objawy hyperthyreoidismus, na co pierwszy zwrócił uwagę polski badacz B i a ł o k u r 12); w miarę rozwoju sprawy chorobowej następuje niedomoga czynnościowa, a w daleko posuniętych sprawach nawet aplazja (S t e r n b e r g 13). Zanik tarczycy wtórnie prowadzi do przerostu wysepek L a n g e r h a n s a (S t e r n b e r g, K a z a r n o w s k a) — z drugiej strony zaś wysepki L a n g e r h a n s a ulegać mogą bezpośrednio uszkodzeniu pod wpływem jadu gruźliczego. Sprzymierzeniec trzustki — gruczoły przytarczyczne — mogą, aczkolwiek rzadko, ulegać uszkodzeniu w przebiegu gruźlicy (S z c z e p a ń s k i 14). Wreszcie wątroba, jak świadczą badania anatomo-patologiczne, pod wpływem jadu gruźliczego ulega zwyrodnieniu tłuszczowemu, ponadto już samo zubożenie wątroby w glikogen wskutek wyniszczenia gruźlików odbija się ujemnie na czynnościach jej w przemianie wodanów węgla. Staje się więc jasnem, że w daleko posuniętej gruźlicy występować mogą z jednej strony czynniki wzmagające, z drugiej strony obniżające tolerancję ustroju względem wodanów węgla: wzmaga się tolerancja w razie wyczerpania układu sympatycznego i uszkodzenia tarczycy i nadnercza; obniża się zaś przy uszkodzeniu przez jady gruźlicze wysepek L a n g e r h a n s a i wątroby.

Jak więc w świetle powyższych teoretycznych rozważań wytłumaczyć należy otrzymane przez nas wyniki? Wykryta w kilku przypadkach *phthisis incipiens* nieznaczna hyperglikaemja zależeć mogła od wzmożonego napięcia układu sympatycznego. Stwierdzony przez nas w znacznej ilości przypadków daleko posuniętych suchot płucnych niski poziom cukru we krwi przy równoległem niskiem ciśnieniu możnaby przypisać wyczerpaniu układu sympatycznego i wtórnej przewadze trzustki, ale w takim razie spodziewaćby się należało, że otrzymana po obciążeniu glukozą krzywa wypadnie normalnie, jako przejaw wydolności tejże trzustki. Tymczasem w części przypadków z niskim poziomem cukru we krwi stwierdziliśmy krzywą patologiczną, przemawiającą za zakłóceniem gospodarki cukrowej — stąd też wniosek, że niski poziom cukru we krwi naczczo w tych przypadkach zależeć musi jeszcze od innych czynników: musi mianowicie tu wchodzić w grę uszkodzenie przez jady gruźlicze wątroby, wtedy staje się zrozumiały i niski poziom cukru we krwi i powolne opadanie krzywej obciążenia: doświadczenia M a g a t h a wykazały, że po usunięciu wątroby u zwierząt występuje wybitna hipoglikemja; z drugiej zaś strony liczne badania kliniczno-laboratoryjne dowiodły, że w przypadkach schorzenia miąższu wątroby krzywa obciążenia przebiega nienormalnie, stwierdza się mianowicie powolne jej podnoszenie się i opóźniony spadek.

Wykazane przez nas zakłócenie gospodarki wodanów węgla w przypadkach z niskim poziomem cukru badanych naczczo, zgodne ze spostrzeżeniami H e c h t a i B o n e m a, przemawiają naszem zdaniem przeciw istnieniu w organizmie gruźlików parainsuliny — w myśl hipotezy L u n d b e r g a. Poprawa w przemianie cukrowej w niektórych przypadkach posuniętej gruźlicy u djabetyków może być wytłumaczona i bez istnienia parainsuliny; albowiem wyczerpanie układu sympatycznego przy wydolnej wątrobie i nieuszkodzonych przez jady gruźlicze wysepkach L a n g e r h a n s a, daje przewagę układowi parasympatycznemu — trzustce. Ponieważ jednak jady gruźlicze w późniejszych okresach w rzadkich tylko przypadkach oszczędzają wątrobę — dlatego też w znacznej części przypadków powikłanie cukrzycy przez gruźlicę powoduje pogorszenie w przemianie wodanów węgla.

Na podstawie powyższego przychodzimy do wniosku następującego: suchoty płucne, będące chorobą nie tylko płuc, ale chorobą całego ustroju, odbijają się na wszystkich czynnościach organizmu w tej liczbie i na gospodarce cukrowej; zmiany zachodzące w przemianie wodanów węgla w przebiegu jednej i tej samej klinicznej postaci suchot płucnych nie dają się sprowadzić do jednego mianownika — zależą one bowiem od różnorodnych wpływów, jakie gruźlica wywierać może na poszczególne składowe części aparatu cukrowego. Wypadkową tych wpływów, częściowo wzajemnie krzyżujących się, częściowo sumujących się, może być w jednym przypadku upośledzenie, w drugim normalna sprawność, w trzecim nawet nadczynność aparatu regulującego przemianę cukrową w ustroju gruźlika. Naogół jednak gruźlica odbija się ujemnie na gospodarce cukrowej i dla tego występowanie gruźlicy w przebiegu cukrzycy należy uważać za powikłanie bardzo poważne.

Piśmiennictwo.

1. M o n t g o m e r y: Deutsche med. Woch. 1926, Nr. 28. — 2. L i c h w i t z: Lehrbuch Mehr i Stähelin T. IV, L. 1, str. 775. — 3. R o z e n b e r g: Klin. Woch. 1925, Nr. 4. — 4. L u n d b e r g: Compt. Rendus de la Societe de Biologie Nr. 24, 1924. — 5. K a z a r n o w s k a: Woprosy tuberkuloza Nr. 8, 1927. — 8. M a i e r o w i c z: Woprosy tuberkuloza Nr. 8, 1927. — 7. S t e r l i n g: Polskie Archiwum Med. Wewnętrznej T. IV. — 8. S i g u r d B e r g: Zentralblatt f. die gesamte Tbc-Forschung Bd. 24, Heft 7—8. — 9. L a n d a u i G l o g a u e r: Zeitschrift. f. Tuberculose Bd. 43 Heft 2. — 10. G r o t t: Gruźlica, Rocznik III. — 11. M i c h a l s k i: Rozprawy akademji Nauk Lekarskich I, 1923. — 12. B i a ł o k u r: Gaz. Lekarska 1910. — 13. S t e r n b e r g: Beiträge zur Klinik der Tuberkulose Bd. 65. — 14. S z c z e p a ń s k i: Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej Tom I. — 15. H e c h t i B o n e m: Beiträge zur Klinik der Tuberculose Bd. 65. — 16. S o c h a ń s k i: Polska Gazeta Lekarska 1927, Nr. 5.

Dr. Emil MEISELS. Lwów.

Uwagi w sprawie artykułu Pp. Mossora i Tumidajskiego: „O otorbionych wysiękach i odmie śródpiersia w związku z przypadkiem hydro-pneumothorax mediastinalis posterior inferior dexter". (Pol. Gaz. Lek. Nr. 36, 1928).

Pod wyżej wymienionym tytułem omawiają Pp. Mossor i Tumidajski wysięki śródpiersiowe i dołączają opis jednego przypadku, w którym rozpoznają odmę śródpiersiową, otorbioną, powikłaną wysiękiem. Ponieważ zarówno opis kliniczny jak też i przedewszystkiem dołączony rentgenogram nasuwają inne tłumaczenie, przeto pozwalam sobie podnieść tutaj parę uwag w sprawie rozpoznania. Autorowie opisują obraz rentgenowski następująco:

„W polu płucnem prawem, w kącie wątrobowo-sercowym, widoczna jest przestrzeń ostro i łukowato odgraniczona od otoczenia, wielkości małej pięści, wypełniona gazem z widocznym poziomem płynu, leżącym bardziej ku tyłowi. Poziom płynu ulegał odpowiednim zmianom przy rożnem ułożeniu chorej, przy wstrząsaniu wykazywał żywe falowanie".

Obraz ten uważają autorowie za charakterystyczny dla otorbionego wysięku opłucnowego, połączonego z odmą. Odpowiada on jednak mojem zdaniem, raczej innej postaci chorobowej, a mianowicie przepuklinie żołądka paraoesophagealnej, przy której przez hiatus oesophagei część wpustowa, lub też nawet cały żołądek przedostaje się do klatki piersiowej. Przypadki te zebrał i opisał obszernie Okerlund (Acta radiol. 1926). Ostatnio pisali już o tem Munk, Engels, Holländer, Schilling i inni.

Obrazy przepukliny obokprzełykowej żołądka wykazują tak znaczne podobieństwo do obrazu opisanego przez Pp. Mossora i Tumidajskiego, że nasuwa się myśl, że także i w tym przypadku mamy do czynienia z tego rodzaju zmianą. W szczególności przypadek Munka, który następnie powtórnie opisał Engels (F. a. d. G. d. R. Bd. XXXVIII, H. 3) wykazuje prawie identyczny obraz rentgenowski. Podobnie jak w przypadku autorów tak i tutaj widoczne jest u podstawy prawego pola płucnego przejrzyste pole, odgraniczone od góry i strony zewnętrznej łukowatą linją, sięgającą od granicy przedsionkowo-naczyniowej do połowy przepony. Kontur tej linji gładki, ostro i wyraźnie zarysowuje w niezmienionem polu płucnem. U podstawy tego przejrzystego pola przez które przeziera prawidłowy rysunek płucny, widoczna jest poziomo ustawiona warstwa płynu.

Obraz wysięków śródpiersiowych wygląda zazwyczaj inaczej. Nawet w przypadkach powikłanych odmą jest utrzymany charakter cienia taśmowatego ciągnącego się wzdłuż cienia serca i podwajającego w ten sposób jego kontury, lub cienia w kształcie trójkąta prostokątnego, mniej lub więcej wyraźnie przebijającego przez cień śródpiersia. Przeciw rozpoznaniu autorów przemawia też brak większych, bardziej określonych dolegliwości, co bardziej zgadza się z przyjęciem wrodzonej wady rozwojowej jaką jest przepuklina obokprzełykowa żołądka, niż z przyjęciem odmy śródpiersiowej powikłanej wysiękiem.

Dla wyjaśnienia sprawy chorobowej użyli autorowie lipjodolu, którym wypełnili oskrzela. Autorowie dopatrują się wielkiego podobieństwa między obrazami w pracy Rist'a, Jacob'a i Trocmé'a, a obrazem w ich przypadku. Zachodzą tu jednak mojem zdaniem wcale wyraźne różnice. W przypadkach autorów francuskich rozszerzone oskrzela pokrywają się zawsze z cieniami wysięków śródpiersiowych i są medjalnie przeciągnięte. W tym zaś przypadku, przeciwnie, ma się wrażenie jakby oskrzela zostały ku obwodowi przesunięte przez ten łukowato konturowany twór w śródpiersiu. Następnie wszystkie obrazy rentgenowskie wymienionych autorów wykazują typową postać bądźto cienia taśmowatego, bądźto cienia trójkątnego. Nigdzie zaś nie występuje w tych obrazach cień kulisty, jak w przypadku Pp. Mossora i Tumidajskiego.

Natomiast brak w pracy autorów wyniku badania rentgenowskiego przełyku i żołądka. Wskutek nieuwzględnienia tego sposobu badania pochodzenie opisanego tworu w śródpiersiu nie zostało mojem zdaniem całkowicie wyjaśnione.

Dr. MOSSOR i TUMIDAJSKI. Lwów.

Odpowiedź na „Uwagi" p. Meiselsa.

Przypadki odmy śródpiersiowej, powikłane wysiękiem, należą do spraw nader rzadkich, wskutek czego są one mało znane i często mylnie tłómaczone. Z tych względów podajemy dodatkowo kilka uwag w odpowiedzi na „Uwagi" p. Meiselsa.

Nie należy tej sprawy mieszać z przepukliną żołądka obokprzełykową (hernia diaphragmatica paraoesophagea) i uchyłkami dolnej części przełyku. Wyczerpujący opis znajdą czytelnicy w pracy Akerlunda (Acta radiologica 1926). Jeden z nas (Tumidajski) pracując w Sztokholmie u Akerlunda miał sposobność widzieć osobiście tego rodzaju przypadki dotychczas rzadko opisywane. W przypadkach przepuklin obokprzełykowych żołądka, podobnie jak i w dolnych uchyłkach przełyku po podaniu substancji kontrastowej w pozycji stojącej, a zwłaszcza w leżącej, otrzymujemy tak typowe obrazy, że nierozpoznanie jest wykluczone. Najwyżej może pozostać nierozstrzygniętą kwestją, czy chodzi o przepuklinę obokprzełykową żołądka czy o uchyłek przełyku, co słusznie podkreśla Haenisch.

Wszyscy autorowie, opisujący przypadki przepuklin obokprzełykowych żołądka, podnoszą zgodnie z Akerlundem szereg objawów klinicznych, jak okresowe bóle, napinania i ucisk w nadbrzuszu lub okolicy serca, występujące zwłaszcza po spożyciu pokarmów, niekiedy przy połykaniu, dalej wymioty, odbijania kwaśne lub puste, bicia serca, uczucie duszności (Akerlund, Schilling, Fortschr. 37/2, Hollaender Fortschr. 36/6, Engels).

P. Meisels w *przeciwieństwie* do autorów, na których się powołuje, twierdzi, iż „przeciw rozpoznaniu autorów przemawia też brak większych, bardziej określonych dolegliwości, co bardziej zgadza się z przyjęciem wrodzonej wady rozwojowej".

W naszym przypadku nie było ani dolegliwości ani objawów klinicznych, przemawiających za przepukliną żołądka obokprzełykową, ani też badanie przełyku i żołądka w pozycji stojącej i leżącej z uniesieniem miednicy nie wykazało zmian typowych dla przepukliny żołądka obokprzełykowej. Zdjęcia rentgenowskie żołądka w pozycji leżącej, podobnie i zdjęcia przy wypełnionym przełyku są do obejrzenia w pracowni Roentgenologicznej Kliniki, a nie zamieściliśmy ich w pracy ze względu na konieczność ograniczenia się. Na podstawie tego badania mogliśmy spokojnie przejść nad wymienionemi sprawami.

Mylne jest twierdzenie p. Meiselsa, iż „obraz wysięków śródpiersiowych wygląda zazwyczaj inaczej. Nawet w przypadkach powikłanych odmą jest utrzymany charakter cienia taśmowatego, ciągnącego się wzdłuż cienia serca i podwajającego w ten sposób jego kontury, lub cienia w kształcie trójkąta prostokątnego, mniej lub więcej wyraźnie przebijającego przez cień śródpiersia". Opis ten, przytoczony z podręczników, odnosi się do przypadków wysięków (exudat) śródpiersiowych lub zrostów śródpiersiowych (mediastinitis fibrosa) względnie zrostów śródpiersiowo-żebrowych (Herrenheiser Fitschr. 31/2/3). W przypadkach hydropneumothorax mediastinalis widoczne jest zaciemnienie, pochodzące od płynu, odgraniczające się linją poziomą, ruchomą przy oddechu i wstrząsaniu, od powyżej znajdującego się gazu. Ograniczanie bani powietrznej stanowi linja łukowata, jak to może widzieć p. Meisels na przytoczonym przez Assmanna (Lehrb. d. R.) rysunku w pracy Devic'a, Savy'ego, tyczącym *pyopneumothorax mediastin. ant.* lub nawet linją półkolistą, jak stwierdza ryc. 971 w podręczniku Schinza-Baenscha. Assmann cytując pracę autorów francuskich i podając wspomnianą rycinę zaznacza wyraźnie, iż podobne obrazy można także spotkać w pneumothorax mediastin. posterior, a więc w przypadkach takich, jak przez nas opisany.

Błędnie zrozumiał p. Meisels pracę autorów francuskich Rista, Jacob'a i Trocmé. W opisanych przez nich przypadkach cieni trójkątnych chodzi przeważnie o zlepną (włóknistą) postać zapalenia śródpiersia, nic więc dziwnego, że rozszerzone oskrzela pokrywają się z cieniem, a nawet są medialnie przeciągnięte. W przypadkach zaś wysiękowego zapalenia śródpiersia lub wysiękowo-odmowego (hydropneum.) musi być miąższ płucny i oskrzela odsunięte ku obwodowi, jak i w naszym przypadku. Niezrozumiałe jest dla nas rozumowanie p. Meiselsa, dlaczego część ponadprzeponowa żołądka może przepychać oskrzela ku obwodowi, a nie może tego uczynić nagromadzenie powietrza i płynu.

Czysto teoretyczne i oparte jedynie na morfologicznem podobieństwie obrazów wywody p. Meiselsa zbudowane zostały — jak wyżej wykazaliśmy — na błędnych i niczem nie opartych przesłankach.

Lucjan Antoni DOBROWOLSKI. Zakopane.

Tymczasowe doniesienie o próbach leczenia gruźlicy płuc inhalacjami.

Dokończenie.

Wskazania i przeciwwskazania dla stosowania metody inhalacyjnej.

Prawie każda metoda, mająca zastosowanie przy leczeniu spraw gruźlicy płucnej, która to sprawa jak wiemy, odznacza się wielką różnorodnością, zarówno samego cierpienia jak i właściwych zmian, posiada pewne swoje ustalone, i wypróbowane wska-

zówki, czy też dane, gdzie i kiedy daną metodę można stosować. Ma to zwłaszcza duże znaczenie, przy zabiegach leczniczych tego rodzaju, których nieumiejętne zastosowanie, czy też nieodpowiedni dobór przypadku dla danej metody, może doprowadzić, nie tylko do wyników ujemnych, ale spowodować nieodwracalne niepomyślne rezultaty, np. ma to miejsce przy nieodpowiedniem zastosowaniu odmy sztucznej. Wynika z tego, że dla każdej więc metody czy też środka leczniczego istnieć powinny, chociaż nieraz bardzo ogólnikowe przepisy, przestrzeganie których jednakże ma bezsporne pierwszorzędne znaczenie. Metoda nasza, leczenia spraw gruźliczych inhalacjami, aczkolwiek jak wykazały nasze badania doświadczalne, jak również i wyniki praktycznego zastosowania mimo, że nie miała ani razu wykazanego ujemnego wpływu na ustrój ludzki, to jednak dla dokładności sprawy, czujemy się w obowiązku, choć w pobieżnych zarysach podać te wskazania. Zupełnie jednak dokładne ich sprecyzowanie jest nieosiągalne, ponieważ, wobec wielkiej różnorodności w przebiegu gruźlicy, przy najróżnorodniejszych jej postaciach w poszczególnym ustroju ludzkim, ścisłe wskazania można określić tylko osobniczo, traktując każdy przypadek schorzenia gruźliczego, zupełnie oddzielnie. Najważniejszemi jednak, ogólnemi wskazaniami, dla zastosowania metody inhalacyjnej będzie, by dany poszczególny przypadek gruźliczego cierpienia przeznaczony do tej kuracji, odpowiadał możliwie następującym danym:

1) sprawa płucna powinna być dostatecznie jeszcze świeża, to znaczy by rozwijający się proces łącznotkankowy, nie spowodował otorbienia swcistych zmian płucnych, a przez co uniemożliwił przedostanie się środka drogami oddechowemi do nich,

2) żeby zmiany te płucne miały bezwzględnie zachowaną, odpowiednią łączność z drogami oddechowemi, czyli, żeby była zachowana odpowiednia drożność poszczególnych przewodów oddechowych,

3) by zmiany płucne, były możliwie charakteru przewlekłego,

4) by stan ogólny chorego, pozwalał na przeprowadzanie leczenia w okresie stosunkowo dłuższym,

5) najlepiej jednak nadawałyby się do zastosowania tej leczniczej metody inhalacyjnej, postacie gruźlicy serowato-włóknistej, posiadające jednak odpowiednią łączność z oskrzelami,

6) krwioplucia nie są, wyraźną przeszkodą do stosowania tej metody, wskazywać jednak mogą tylko, by metodę tą stosować z pewnemi ostrożnościami,

7) szczególnie odpowiednie do metody inhalacyjnej są sprawy gruźlicy płucnej wyżej podane, powikłane zwłaszcza zmianami gruźliczemi w krtani.

To byłyby w krótkości przedstawione wskazania do stosowania tej metody, jednakże jak poprzednio zaznaczyliśmy, skreślone zupełnie ogólnikowo, gdyż z przyczyn podanych poprzednio nie jesteśmy w możności, zupełnie je dokładnie sprecyzować, może to dokładne określenie wskazania, mieć tylko miejsce przy poszczególnym przypadku cierpienia, i każdorazowo dla danego przypadku określane, oczywiście tu w pierwszym rzędzie wchodzić będzie w grę, oprócz właściwego doświadczenia w sprawach płucnych, jeszcze dokładne zrozumienie tej metody, teoretyczne.

Z ogólnych, głównych przeciwwskazań do stosowania metody inhalacyjnej należy wymienić:

1) Ostro przebiegające przypadki, gruźlicy płucnej.

2) Intenzywne krwotoki płuc.

3) Wreszcie wszelkie sprawy gruźlicy płucnej, przy której nie stwierdziliśmy dostatecznego połączenia tych zmian z oskrzelami, czyli przy nieistnieniu tej drożności. To ostatnie jednak przeciwwskazanie, raczej nazwać trzebaby było częściowem, ponieważ jak już wiemy z poprzedniego, a nawet samo wessanie podawanego środka inhalacyjnego, ma dobroczynny wpływ, ponieważ w tych drogach oddechowych to wessanie poprzez błonę śluzową o wiele intensywniej przebiega aniżeli w innych, jednakże w naszej metodzie kładliśmy główny nacisk na bezpośrednią styczność naszego środka z ogniskami gruźliczemi.

Na tem kończymy swoje badania nad wpływem leczenia gruźlicy płucnej, metodą bezpośrednią inhalacyjną, ośmielamy się przytem twierdzić, że ta metoda odpowiednio zastosowana i w dobrze dobranych przypadkach, powinna wydać bezwzględnie pewne wyniki.

Piśmiennictwo.

Aschoff: Ueber die natürlichen Heilungsvorgänge bei der Lungenphtise. Deutschen Kongresses für innere Medizin, Wiesbaden 1921. — Angwlucci F. et Pinali R.: La terapia inalatoria. Pensiero med., Milano 1924, tom XIII, str. 556, 572, 592. — Bruns O.: Untersuchungen und Erfahrungen über Trockeninhalation. Med. Klin. Berlin, 1920. Tom XVI, str. 619—621. — Bulling A.: Inhalationskuren in der Therapie des praktischen Arztes Klin.-therap. Wochenschr. Wien, 1909, Tom XVI, str. 341, 365. — Buys E.: Le inalazioni saline secche in terapia col metodo dei proff. Stefanini e Gradenigo, Arch. ital. di otol (etc), Torino, 1915, Tom XXVI, str. 499—504. — Bernard L., Olover et Thoyer: L'oxygène alvéolaire chez les Tuberculeux, Revue de la Tuberculose, 3/1928. — Bert: Leçons sur la physiologie comparée de la respiration. Paris 1870. — Babak u. Winterstein: Die Atmung, Sandb. d. vergl. Physiol. Bd. I, II, Jena 1921. — Bohr: Blutgase und respiratorischer Gaswechsel i Nagels Handb. d. Physiol. d. Menschen I Bd. Braunschweig 1909. — Bernard: Etude resumée d'une premiere serie de cas de Tuberculose pulmonaire, traités par le tiosulfate d'or et de sodium. Presse médicale 17/IV/26. — Barth: Semiologie de l'appareil respiratoire. Paris. Bieling: Fortschritte der Chemotherapie und inneren Desinfektion, Deutsche med. Wocenschr. 37—38/1923. Brouardel-Gilbert-Thoinot: Nouveau traité de med. Paris 1910. — Claisse: Pneumoconioses in Nouveau traité de med. Paris 1910. — Cornet: Die Tuberculose, Wien, 1907. — Caldera C.: Die Inhalationsterapie in der Oto-Rhino-Laryngologie. Internat. Zentralbl. f. Ohrenh. (etc), Leipz. 1913, tom XI, str. 351—357. — Cany G.: Traitement des affections des voies respiratoires profondes par l'inhalation des eaux minérales. Ann. Soc. d'hydrol. med. de Paris, 1910, tom 55, str. 250—255. — Carolan: An improved automatic inhaler Med. Rec. N. Y., 1906, tom XX, str. 679. — Christen: Ueber Inhalationstherapie. München. med. Wochenschr. 1910, LVII, str. 2639—2641. — Della Cioppa: La terapia inalatoria in otorino-laringoiatria ed in medicina generale. Riforma med. Napoli, 1925, tom XLI, str. 952. — Diebold: Inhalationstechnik und Inhalationstherapie. Cor.-Bl. f. schweiz. Aerzte, Basel, 1912, tom XLII, str. 287, 338. — Dobrowolski L. A.: Nowa modyfikacja odczynu Biernackiego i jej znaczenie w gruźlicy płuc, „Gruźlica", 5/1926. — Tenże: Leczenie spraw gruźliczych Aurosanem, Pol. Gaz. Lek. 16/1927. — Tenże: Zastosowanie racjonalnego odżywiania przy gruźlicy płucnej, Pol. Gaz. Lek 44 i 45. 1927. — Tenże: Nowa metoda barwienia prątków gruźliczych, Med. doświadczalna i społeczna, Tom IV, 1925. — Elsaesser: Heistluftinhalation. Deutsche med. Wochenschr. Leipz. et Berl., 1913, tom XXXIX, str. 118. — Eppenheim: Eine Verbesserung des kleinen Inhalations-apparaten. Ibid., 1925, tom LI, str. 1370. — Foxwell: An address on inhalation. Lancet, Lond., 1907, tom II, str. 751—753. — Frentzel-Beyme: Die moderne Inhalationstherapie, ihre wissenschaftliche Musgestaltung und ihre Auswüchse. Veröffentl. d. balneol. Gesellsch. in Berl., 1914, tom XXXV, str. 173—181. — Freund: Experimentelle Untersuchungen mit Inhalationen zerstauber Lösungen. Berl., tierärztl. Wochenschr. 1907, str. 575—580. — Frey: Beitrage zur Inhalationstherapie. Wien. med. Wochenschr. 1902, tom LII, str. 750, 811. — Feld: Krysolgan und Tuberculoseprobleme, Beiträge zur Klinik der Tuberculose, Bd. 58, 1924. — Golesceano: Les inhalations. Clin. prat. mal. d. yeux, du larynx (etc), Paris, 1908, tom IV, str. 57—65. — Grazzi: Valore della curacinalatoria delle vie del respiro. Med. nuova, Roma, 1912, tom III, str. 25, 33. — Günzel: Leber medikamentöse Inhalationen. Deutsche Aerzte-Zg., Berlin, 1904, str. 390, 416. — Guillemin: La Vibreinhalation, 1922, Paris. — Hofbauer: Pathologische Physiologie der Atmung, „Atmung" von Bethe, Bermann, Embden, Ellinger, Springer 1925. — Heubner: Durchlassigkeit der Lunge für fremde Stoffe „Atmung" 1925, Springer. — Haldane: Respiration New Haven 1922. — Haupt: Experimentelle Beiträge zur Frage über die Wirkungsweise von Inhalationen (Zeitschr. f. Laryngol, Rhinol., Otol. u. ihre Grenzgeb. 1928, Bd. 16, heft 4/5. — Heryng: Metody badania i leczenia chorób krtani. — Hartmann: Ueber Säureinhalation, Deutsche med. Wochenschr., Leipz. et Berl., 1925, tom LI, str. 867—869. Haupt: Fortschritte der Inhalationstherapie. Med. Klin., Berl. 1914, tom X, str. 1543. — Heryng: Ueber neue Inhalationsmethoden und neue Inhalationsapparate. Berlin, Klin. Wochenschr., 1906, tom XLIII, str. 323—327. — Tenże: Ueber Inhalationstherapie. Klin. therap. Wochenschr., Wien, 1908, tom XV, str. 833, 837. — Heubner: Experimentelles und Theoretisches zur Inhalationstherapie. Deutsche med. Wochenschr., Leipzig, et Berl., 1919, tom XLV, str. 982. — Tenże: Ueber Inhalation zerstaubter Flüssigkeiten. Ztschr. f. d. ges. exper. Med., Berl., 1919, tom X, str. 269—332, 2 pl. — Tenże: Grundsätzliches zur Inhalationstherapie. Verhandl. d. deutsch. Kong, f. innere Med. München et Wiesb., 1920, 1921, tom XXXII, str. 303—306. — Tenże: Ueber Inhalationsapparate. Klin. Wochenschr., Berl., 1920, tom IV, str. 2099 do 2102. — Hückel: Ueber Inhalationsnebel. Ztschr. f. d. ges. phys. Therap. Berl. 1925, tom XXX, str. 57—90. — Hückel et Kipper: Ueber die Absorption von Inhalationsnebeln in den Atemwe-

gen. Ibid., str. 202, 1920. — Ickert: Staublunge und Staublungentuberculose, 1928, Springer. — Kahsnitz: Zur Inhalationstherapie. Verhandl. d. Gesellsch. deutsch. Naturf. u. Aerzte (Karlsruhe), 1911, Leipz. 1912, tom LXXXIII, pt. 2, 2 Hälfte, str. 58—60. — Krone: Ueber Inhalationstherapie mit besonderer Berücksichtigung der Soleinhalationen. Med. Klin. Berl., 1910, tom VI, str. 327—829. — Knud Faber: Traitement de la phtisie pulmonaire par la sanaocrisine (Acta Tuberculosa Scandinavia) T. I. 1925. — Tenże: Sanokrysinbehandlung der Lungentuberculose. Kl. Woch. 51, 1925. — Karwacki: Posiedzenie kliniczne Warsz. Tow. Lek. Pol. Gaz. Lek. 7, 1926. Kühn: Die Behandlung der Lungentuberculose mit Stabinhalation. Münch. med. Wochenschr. 38, 1925. — Loeper: Maladies de l'appareil respiratoire 1926, Paris. — Loewy: Die Gase des Körpers und der Gaswechsel in Oppencheimers Handb. d. Biochemie d. Menschen u. d. Tiere IV. Bd. Jena 1911. — Lewin: Beiträge zur Inhalationstherapie, Berlin 1863. — Lewy: Die Goldbehandlunger Tuberculose, Deutsche Med. Woch. 8, 1922. Leeser: Ueber die Ursachen der geringen Ausbreitung des Lungentuberculose unter den Bergluten, Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. Bd. 104, 1923. — Liljestrand: Chemismus der Lungenwechsels „Atmung", 1925, Springer. — Lasagna: Un nuovo apparecchio elettrico per inalazioni. Boll. d. Soc. med. di Parma, 1920, 2 s., tom XIII, str. 9—11. — Leorat: Les inhalations. Marseille, med., 1919, tom LVI, str. 176—182. — Levi: Le nebulizzazioni a secco con acque salsoiodiche. Riv. insubra disc. med. Milano, 1911, tom L, str. 289—295. — Lewin: Inhalations und pneumatische Therapie. Spec. Path. u. Therap. inn. Krankh., Berl. et Wien, 1923, tom IX, pt. 2, str. 141—198. — Lorenzini: Un nuovo inalatore individuale anche per le nebbie secche. Archiv. ital. di otol. (etc), Torino, 1924, tom XXXV, str. 410—412. — Manna: La terapia delle inalazioni. Idrol. e climat., Firenze, 1913, tom XXVI, str. 405—424. — Mayrhofer: Ein neues Inhalationssystem. Deutsche med. Wochenschr., Leipz. et Berl., 1912, tom XXXVIII, str. 2262—2263. — Moretti: Contributio allo studio dell'assorbimento di sali solubili, con special riguardo alle inalazioni a secco. Gior. internaz. d. sc. med., Napoli, 1915, n. s., tom XXXVII, str. 311—321. — Muszkat: Praxis der Inhaationstherapie. Klin. Wochenschr., Berl., 1925, tom IV, str. 1072—1075. — Tenże: Technik der Inhalationstherapie. 1923, Springer. — Magnus: Ergebn. d. Physiol. 1902, Pharmakologie der Atemmechanik. — Mangold: Physiologie des Trachee in Handb. Hals, Nasen; Ohrenkrankh. Bd. I, Berlin Julius Springer, 1925. — Mink: Physiologie der oberen Luftwege, Leipzig Vogel 1920. — Michalski: Wyniki prób leczenia gruźlicy płuc sanokryzyną i auresanem, Pol. Archiw. Med. Wewn. T. IV, 1926. — Myers: Modern aspects of the diagnosis, classification and treatment of Tuberculosis. The Williams and Wilkins C et Baltimore 1927. — Niemann: Experimentelle Untersuchungen über ein neues verfahren der Trocken-XXIV, str. 81—86. — Orłowski: Sanokryzyna w gruźlicy płuc Inhalationen. Ztschr. f. phys. u. diätet. Therap. Leipz. 1920 tom w świetle spostrzeżeń autorów polskich, „Gruźlica" 27, str. 171 do 189. — Oertel: Repiratorische Therapie, Handb. der allg. Therapie v. Ziemszen, Leipzig, 1882. — Osterman. Praktische Inhalations und Pneumatotherapie. Bern 1905. — Philip: Treatment of tuberculosis by sanocrysin, Edinburgh medical Journal vol. XXXIV, 1927. — Poeschel: Ueber die Anwendung der Inhalation bei Haustieren, Bern 1905. — Petti et Panisset: Transmission de la tuberculose aux grands et petits animaux par inoculations endobronchitiques suivant la technique de Ph. Kfouri. Production expérimentale de lésion tuberculeuses exclusivement pulmonaires, du type clinique humain. La Presse Médicale 100, 1927. — Petrow: Bolezni dychatelnych putej sredi raboczich na fabrikie oweczjich szub. Wopresy tuberkuloza 8, 1927. — Pomplum: Ergebnisse von Sauerstoff und Kohlensäureanalysen des arteriellen und venösen Blutes bei Lungentuberculose, Zeitschr. f. Tuberculose H. 3, 1928, Bd. 51. — Prelle: Beobachtungen und Erfahrungen über warme Inhalationen. Med. Klin. Berlin, 1905, tom I, str. 1034—1035. Rosenthal: La pratique de l'inhalation et la douche d'oxygène chaud goménolé par l'inhalateur clinique universel. Arch. gen. de med. Paris, 1913, tom VI, str. 697—701. — Rene Quillerin: Une nouvelle méthode de traitement des maladies des voies respiratoires la Vibro-inhalation. Paris, 1922. Doin éditeur. — Ribadeau Dumas, Babonneix: L'appareil respiratoire, 1922, Paris. — Rohrer: Physiologie der Atembewegung „Atmung" 1925, Springer. — Roger et Binet: Respiration, Tome V, Paris. — Salomon Maurice et Valtis: Valeur clinique de l'étude des variations du temps de sédimentation globulaire dans la tuberculose pulmonaire. Presse Médicale 39, 1925. — Sergent: Les grands syndromes respiratoires, Paris. — Schmidt: Inhalationsbehandlung der Erkrankungen der Atmungsorgane, in Penzoldt Stintzing Hadb. der Therapie inerer Krankheit. 1910. — Sticker: Staubkrankheiten, Realencycl. Berlin, 1913. — Staehelin: Staubinhalation „Atmung" 1925, Springer. — Steiner: Ueber Inhalationstherapie. Prag. med. Wochenschr. 1915, tom XL, 301—308. — Stefanini-Gradenico: Inalazioni di nebbie saline secche prodotte col sistema Stefanini-Gradenigo. Arch. ital di otal. (etc), Torino, 1916, tom XXVII, str. 15—37. — Simons: Ein neuer Inhalationsapparat. München. med. Wochenschr. 1925, tom LXXII, str. 791. — Schultz: Medication by inhalation. N. York M. J. (etc) 1919, tom CIX, str. 768—770. — Saenger: Ueber Inhalations-Therapie und ihre gegenwärtig üblichen Anwendungsformen. Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Geb. d. Nasen-, Ohren-, Mund-, u. Halskr. Halle a. S., 1906 tom VIII, Heft 7, str. 1—38. — Safranek: Der gegenwärtige Stand der Inhalationstherapie. Monatscher. f. Ohrenh. (etc), Berl. et Wien, 1911, tom XLV, str. 1081—1107. — Schaffer: Exakte Dosierung der Inhalationstherapie mittels Elektrofilter. Klin. Wchnschr., Berlin 1925, tom IV, str. 1765—1767. Von Schrotter: Inhalation de liquide par le procédé Bulling. Cong. interpathdeimed. Cr. 1803, Madrit, 1904. tom XIV, sect. de path. int., str. 106—108. — Von Seiller: Zur Inhalationstherapie. Wien. klin. Wochenschr. 1904, tom XVII, str. 1133—1142. — Thomas: Inhalation treatment by a new method. Internat. Clin. Phila., 1914, 24 s., tom I, str. 111—121, 1 pl. — Thost: Das Inhalatorium in Eppendorfer Krankenhaus nebst einigen Bemerkungen über Inhalationstherapie, Jahrb. d. Hamb. Staatskrankenanst. 1907, Hamb. et Leipz., 1908, tom XII. pt. 2. str. 249—262. — Vierordt: Art. Respiration in Wagners Handwörterb. d. Physiol. bd. II. s. 828—916. — Weiss: Welchen Wert hat das Vibroinhalationsverfahren bei Erkrankungen der Atmungsorgane. Wien, Klin. Wchnschr. 1918, tom XXXI, str. 1063—1066. — Weyl: Handb. d. Arbeiterkrankh. Jena 1908. — Wajs: O stosowaniu krajowego preparatu złota w leczeniu gruźlicy płuc, 1926, Nowiny Lekarskie 12. — Zuntz: Physiologie der Blutgase u. des respiratorischen Gaswechsels in Herrmans Handb. d. phys. IV. Bd. Leipzig, 1882.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Roman GLASSNER. Kraków.

Uwagi o wzmożonem ciśnieniu krwi i nowym środku „Pacyl" obniżającym ciśnienie krwi.

(Z Kasy Chorych w Krakowie).

Zanim przystąpię do własnych spostrzeżeń, uzyskanych wyżej wymienionym środkiem, muszę poczynić pewne zastrzeżenia. Przedewszystkiem postaram się nie wnikać szczegółowo w patogenezę i klinikę wzmożonego ciśnienia; prace bowiem na ten temat tworzą już odrębną, wcale pokaźną bibliotekę. Gdy Basch, jako pierwszy podał metodę mierzenia ciśnienia krwi, już dawniej klinicyści obmacywaniem tętnic sprychowych je wyróżniali i pewne, nawet przesadne, znaczenie mu przypisywali. Od skonstruowania pierwszego przyrządu przez Bascha, nietylko ilość i jakość pomysłów mierzenia ciśnienia krwi wzrosła do pokaźnej cyfry, ale przedewszystkiem prace nad istotą wzmożonego ciśnienia, sposobem powstawania i nad kliniką tegoż, doszły do niebywałych ilości; wystarczy jeśli podam, że z lat 1922—1926 naliczyłem w prasie europejskiej 729 artykułów i prac na ten temat. Nie ulega wątpliwości, że nadto wiele jeszcze prac z tej dziedziny uszło memu przeglądowi. Uwzględniwszy prace z roku 1927 po dzień dzisiejszy, oraz wyniki przedostatniego kongresu we Wiesbadanie, na którym to kongresie, głównym tematem była etjologja, patogeneza, fizjologja oraz klinika wzmożonego ciśnienia krwi, wyjaśnienie te. sprawy nie tylko nie postąpiło, ale różne nowe teorje, doświadczenia oraz kliniczne spostrzeżenia raczej zamąciły nasz pogląd na to zjawisko. To, co dopiero niedawno wypowiedzieli Durig, Vollhard, już dzisiaj ma poważnych przeciwników, ale większość autorów na jedno się zgadza, że wzmożone parcie krwi *jest tylko objawem*, a nie jednostką chorobową. Nie mniej trudno zaprzeczyć, że wzmożone ciśnienie krwi trwa przez długie lata i to nawet od wczesnego wieku życia (przypadki Pala) jako jedyny objaw, że może ono być cechą wyłącznie konstytucjonalną, co się z moim poglądem w zupełności pokrywa. W każdym razie twierdzenie Romberga i jego szkoły, jakoby ciśnienie krwi, przechodzące 160 Hg. było wyrazem zmian chorobowych w nerkach, nie da się utrzymać. Mimo, iż istota i patogeneza wysokiego ciśnienia nie jest ustalona, to jednak można przyjąć pewne tezy o cechach ujemnych, lub dodatnich, których znajomość przy leczeniu jest konieczna

na. A zatem na pierwszem miejscu zaznaczam, że miażdżyca aorty, tętnic wieńcowych serca lub naczyń mózgowych ani nie wywołuje wzmożonego ciśnienia, ani też odwrotnie. Twierdzenie Hucharda, jakoby wysokie ciśnienie było stanem „presclerotycznym" okazało się błędne; Pal, który wiele lat wyłącznie temu tematowi poświęcił, doszedł po długich i żmudnych badaniach doświadczalnych i klinicznych do obalenia tezy Hucharda. Pal utrzymuje, że jeśli te dwa objawy współcześnie występują, to zazwyczaj niezależnie od siebie. Moje doświadczenie częściowo potwierdza stanowisko Pala, ale przy tej sposobności zauważyłem, że jeśli miażdżycy naczyń głównych towarzyszy wysokie ciśnienie, występują objawy — choćby jeszcze niezbyt wyraźnie — niedomogi serca t. zw. utajonej niedomogi.

Powszechnie zresztą wiadomą jest rzeczą, że u jednostek cierpiących na anginę piersiową (z wszelkich spolszczeń pojęcia „stenokardji" posługiwanie się „angina piersiową" jest jeszcze najodpowiedniejsze) z chwilą wystąpienia objawów niedomogi serca (duszność, obrzęki i t. d.) ustają napady anginy. Zjawisko to jest znane każdemu lekarzowi i zbytecznem byłoby powoływać się na literaturę. Jako drugą tezę można przyjąć, że zmiany w przekroju naczyń tętniczych, obwodowych, włosowatych, czyto pochodzenia skurczowego, czy też anatomicznego, podnosi parcie krwi, tak samo jak objawy zastoinowe w zakresie żyłek włosowatych. To ostatnie zjawisko nazwał Sahli Hochstaungsdruck. Rozpoznanie tych zmian uprzystępnia nam kapilaroskop Weissa; strona techniczna stosowania kapilarskopu nie przedstawia żadnych trudności, nawet dla lekarza-praktyka. Łukomski, posługując się właśnie kapilaroskopem, poczynił ciekawe spostrzeżenia w zakresie odczynu naczyń włosowatych, na adrenalinę, pituitrynę, diuretynę i natr. nitrosum; spostrzeżenia te rzucają nowe światło na sprawę podwyższenia i obniżenia ciśnienia krwi. Ale powyższa teza nie ma monumentalnego fundamentu, skoro nie udało się Gatherowi z kliniki rostockiej w doświadczeniach na zwierzętach mimo rozszerzenia najmniejszych naczyń obwodowych obniżyć, a z drugiej strony mimo zwężenia, podnieść ciśnienie; widocznie pewne uboczne czynniki odgrywają poważną rolę w tem zjawisku. Klinicznie znamy przypadki krwotoków mózgowych u jednostek, które nigdy nie miały wzmożonego ciśnienia krwi i często popełniamy błędy, o ile w tych przypadkach stosujemy upusty krwi dla obniżenia ciśnienia. Można je wykonać, jeśli wchodzi w grę jakaś toxicaemia lub wzmożona lepkość krwi. Nie należy zapominać, że nieraz nagłe zaniewidzenie, nagła niemota, a nawet porażenie połowicze, nie są następstwem krwotoków mózgowych, lecz stanów spastycznych naczyń. Stwierdzili to niezbicie anatomowie jak Spilmeyer, Neubüger oraz klinicyści Rosenblatt, Bergmann i Westphal, a przedewszystkiem prof. Ganther z Rostocka, o którym już wyżej wspomniałem. Zaprawdę niemożliwe jest wymienić wszystkich, którzy wielkie zasługi położyli na polu badań o wzmożeniu ciśnienia, ale pisząc cośkolwiek z tej dziedziny, trudno nie wspomnieć o 30 letniej pracy Pala, O. Francka, de Heera, Duringa, T. Hermanna, Curschmana, E. Francka (który stworzył pojęcie essencjonalnej Hipertonii) Vollharda, Fr. Muncka, Wenckebacha, Kahlera i długi szereg badaczy tak fizjologów, jak patologów i klinicystów. Nie rozwijam różnych poglądów, gdyż daleki jestem od tego aby dać szczegółowy przegląd prac z tej dziedziny, ale wszystkim pragnącym się głębiej zapoznać z hipertonją, podam najświeższe prace Rickera i Eskila Kylina, które tak pod względem patologicznym jak i klinicznym wyczerpują wszystko co dotychczas na ten temat mówiono i pisano.

Tezę zmniejszenia przekroju naczyń nazwałbym mechaniczną, ze względu, że zaburzenia w mechanice krążenia podnoszą ciśnienie krwi, a mianowicie trudności w odpływie, tak krwi tętniczej jak i żylnej. Trzecią tezę stanowią czynniki toksyczne w ścisłem tego słowa znaczeniu, oraz hormony gruczołowe, które czyto działając na ściany naczyń (kinetyczne podrażnienie Pala) czy też na układ wegetatywny, podnoszą ciśnienie krwi. Dla zaokrąglenia hipotez wysokiego ciśnienia wspomnę Lewy'ego, który je uważa za nerwicę mózgową, a Krehl przyjmuje pewne „nastawienie" ośrodków mózgowych na hipertonję. Przechodząc od strony praktycznej podkreślam, że nie zawsze obniżenie ciśnienia jest wskazane, by nie wstrząsnąć dynamiką krążenia, które prowadzi do objawów niedomogi naczyń lub ośrodków naczyniowo-ruchowych. Wzmożone ciśnienie może trwać dziesiątkami lat bez jakichkolwiek złych następstw i sam objaw wzmożonego ciśnienia nie wymaga ani leczenia, ani obniżenia. Lekarze powinni być ostrożni w wypowiadaniu wysokości ciśnienia chorym mimo natarczywości z ich strony: wśród publiczności istnieje formalna panika przed wzmożonem ciśnieniem, panika do której przyczyniają się często i sami lekarze przesadzając w obrazie skutków wzmożonego ciśnienia, zalecając radykalną zmianę w trybie życia i udręczającą dietę. Doszło do tego, że chorzy przychodząc po poradę lekarską, sami domagają się oznaczenia ciśnienia krwi.

W moich notatkach, w których zaznaczam rozpoznania choroby stworzyłem nową jednostkę chorobową: „nerwicę lękową z powodu wzmożonego ciśnienia. Po niemiecku nazwałem *„Blutdruckangstneurose"*.

Na zapytanie kiedy należy leczyć, względnie obniżyć wysokie ciśnienie krwi odpowiadam: Przy objawach podmiotowych, jak bóle i zawroty głowy, duszność, szum w uszach oraz przy zaburzeniach ze strony serca, nerek i jelit (przykre wzdęcia); nadto czasem ze względu na stan który nazywam *„Blutdruckangstneurose"*.

Środki, które dotychczas stosowano, jak: jod, rohdan, preparaty purynowe, wapno a nawet upust krwi, bardzo często zawodzą. Pewną poprawę można uzyskać przez podawanie papaveryny, akinetonu, lub preparatów azotynowych (dłuższe podawanie azotynów wywołuje methaemoglobinaemię) jednak przez dłuższy czas środków tych i tak podawać nie można, a skutek jest przemijający. Mac Donald i Major podawali wyciąg wątroby celem obniżenia ciśnienia krwi i to z dobrym wynikiem. Möller z Kopenhagi potwierdza ten pomyślny wynik. Insulina, która zwolna staje się środkiem uniwersalnym jest również zalecana w leczeniu hipertonji zwłaszcza przez Strisowera; *osobiście stwierdziłem raczej znaczne pogorszenia po zastosowaniu insuliny.*

W grudniu ub. r. podał pierwsze swe wyniki kliniczne obniżenia ciśnienia krwi preparatem cholinowym H. Lewy, który mu dostarczyła w postaci przetworu cholinowego (patent) pod nazwą „Pacyl" firma berlińska „Chemische Fabriken Dr. Joachim Wiernik.

Cholina należy do prawidłowych składników krwi i tkanek, a zadaniem jej jest utrzymywanie napięcia (tonus) jelit. Jest rodzajem hormonu, działającym wagotonicznie, pobudza dość silnie peristaltykę jelit. Jej nadmierne działanie można przytłumić atropiną; jest zatem do pewnego stopnia antagonistką adrenaliny. Cholina w lecznictwie dotychczas nie miała większego zastosowania ze względu na jej mikroskopijność i szybkość rozpadu. Stosowanie dożylne wywołało nadto zbyt silną reakcję. Magnus i Isaak Krieger pierwsi stosowali ją przy niedomodze motorycznej żołądka i jelit. Wiele doświadczeń choliną w kierunku obniżenia parcia krwi wykonali Abderhalden, Guggenheim, Le Heux, Mendle i inni. Prawie zawsze uzyskali obniżenie bez względu na przyczynę, wywołującą, wzmożone ciśnienie; stosowali jednak wyłącznie dożylnie co miało wiele ujemnych stron. Pisząc o cholinie wspomnieć muszę o próbach stosowania jej przy częstoskurczu napadowym (Tachycardia paroxysmalis).

Jak już wspomniałem próby „Pacylem" preparatem cholinowym stosowanym *doustnie* dla obniżenia ciśnienia krwi w odpowiednio wskazanych przypadkach czynili niezależnie Lewy w Berlinie i Ganther w Rostocku. Dr. Lucjan Wiernik na moją prośbę dostarczył mi większą ilość tabletek „Pacylu" zawierających po 5 mg choliny, które zastosowałem w 15 przypadkach. Nie będę podawał ani historji choroby, ani przebiegu w czasie leczenia pojedynczych przypadków „Pacylem". Krótko podam tylko rodzaj przypadków, czas leczenia i wynik leczenia. Cztery przypadki dotyczyły kobiet w średnim wieku bez jakichkolwiek jeszcze zaburzeń w miesiączkowaniu i bez podmiotowych skarg klimakterycznych. Częste od wielu lat trwające bóle i zawroty głowy, szum w uszach, wielka skłonność do krwawienia z nosa, przy braku zmian miejscowych w nosie, przypadłości sercowe, nieznaczne, ale stałe zwolnienie tętna, lekki przerost lewej komory serca, oraz ciśnienie krwi w granicach 170 Hg — 200 Hg. Różnice tak w stanie przedmiotowym jak i podmiotowym w pojedynczych przypadkach były tak nieznaczne, że można je uważać za jedną grupę, w jednym z tych przypadków istniało lekkie przytępienie słuchu. Po 6-ciu tygodniach podawanie „Pacylu" i to dwa razy dziennie po $1^1/_2$ tabletki ciśnienie obniżyło się o 25 Hg — 40 Hg a przypadłości podmiotowe znacznie zelżały. Zaznaczam, że podawana przedtem diuretyna — i to dość długo — żadnej ulgi nie przyniosła.

Pięć przypadków przypada *na miażdżycę tętnic mózgowych z podwyższonem ciśnieniem.* Oprócz klasycznych objawów towarzyszących temu cierpieniu, w dwóch przypadkach (z tych 5-ciu) były wyraźne objawy mózgowe jak krótkie napady nieprzytomności (absence) bardzo wybitne objawy upośledzenia pamięci, oraz chwili niemoty motorycznej. W tych przypadkach ciśnienie krwi wahało się między 180 Hg a 200 Hg. „Pacyl" w ten sam sposób, jak wyżej, podawałem przez 2 miesiące z tą różnicą, że w tych 2 przypadkach podawałem dziennie 0.015 g. Poprawa nadzwyczajna, absecence zupełnie ustąpiły: ciśnienie przeważnie obniżyło się o 40—50 Hg. Jakichkolwiek objawów ubocznych, a specjalnie ze strony przewodu pokarmowego nie zauważyłem. U wszystkich chorych wykonano badanie czynnościowe nerek, które wykazało zupełnie prawidłową czynność. W ostatnich miesiącach podał F. Lebermann z Würzburga nowy objaw wskazujący na niedomogę czynnościową nerek, jako najpewniejszą, nawet gdy wszystkie znane

próby niedomogę wykluczają. Objaw ten polega na znacznem obniżeniu poziomu wapna w surowicy krwi. Dalsze trzy przypadki obejmują chorych z ciężką postacią miażdżycy nerkowej. Tu nie zauważyłem poprawy ani przedmiotowej ani podmiotowej (z wyjątkiem jednego) mimo obniżenia ciśnienia o 15 Hg przy zresztą bardzo wysokiem ciśnieniu. Ponieważ jeden z tych chorych po podaniu „Pacylu" uskarżał się na przypadłości sercowe, więc i reszcie (2) chorych z tej grupy nie podawałem większych ilości „Pacylu". W każdym razie jeden z tych chorych podał, iż miewa rzadsze napady duszności nocnej. Pozostałe 3 przypadki dotyczyły chorych z typowemi zmianami w zakresie aorty wstępującej oraz tętnic wieńcowych serca; u jednego z *mesoaortitis luetica* bez zajęcia tętnic wieńcowych serca. Przypadek ten jest o tyle charakterystyczny, że ciśnienie krwi było wysokie mimo, że zwykle przy *aortitis luetica* ciśnienie bywa normalne. W tych dwóch przypadkach pochodzenia wyłącznie miażdżycowego stan przez podawanie „Pacylu" znacznie się poprawił. napady anginy piersiowej były rzadsze, ciśnienie znacznie się obniżyło. W przypadku *mesoaortitis luetica* skutek był zadziwiający, ciśnienie nieznacznie się obniżyło. Ten przypadek nie może być sprawdzianem albowiem równocześnie stosowałem leczenie przeciwkiłowe.

Zdaję sobie dobrze sprawę, że 15 przypadków nie może być podstawą dla wydania kategorycznego sądu, tembardziej, że we wielu chorobach, którym towarzyszyło wysokie ciśnienie, nie miałem możności stosować; zbyt krótki czas podawania „Pacylu" (najwyżej 4 miesiące) stanowi również ujemną stronę mego korzystnego zdania, lecz szczupła ilość dostarczanego środka nie pozwoliła mi na dalsze doświadczenia.

Lewy i Ganther stosowali „Pacyl" w niektórych przypadkach przez $1^1/_2$ roku i stale mieli dobre wyniki, nie stwierdzając również żadnych ubocznych, ani szkodliwych działań. Jeśli zdecydowałem się mimo to ogłosić wyniki tych 15-tu przypadków, to przedewszystkiem, by zachęcić licznych kolegów do sprawdzenia moich prób. A sprawdzenie racjonalności lecznictwa należy często do szerokich kół lekarzy-praktyków, a nie do kliniki lub szpitali.

Materjał kliniczny lub szpitalny jest bogaty ilością, *ale znacznie uboższy jakością*. Są pewne przypadki i rodzaje chorób, które wogóle nie wchodzą w skład materjału klinicznego, dlatego też spostrzeżenia i doświadczenia lekarzy-praktyków mają często ważne znaczenie w ustaleniu cech rozpoznawczych i doświadczeń leczniczych. U naszych lekarzy istnieje pewna niedbałość lub lęk wywoływany brakiem zaufania do siebie przed publikacją. Ogłoszenie pewnych spostrzeżeń przez lekarzy-praktyków stanowi doniosłą wartość w budowie wiedzy i lecznictwa. W najbliższym czasie ogłosi Klee swoje doświadczenia i badania nad „Pacylem".

Przemysł farmaceutyczny, zwłaszcza zagraniczny wzrósł ogromnie; bardzo wiele z tych polecanych i stosowanych środków polega wyłącznie na sile reklamy: „Pacyl" nie uciekł się do hałaśliwego krzyku inseratowego i nie jest środkiem osłoniętym grubą mgłą tajemniczego składu chemicznego; jest przetworem cholinowym, a wszyscy wiemy, że cholina w lecznictwie nie jest dostatecznie wyzyskana.

Dr. Emil TERLECKI. Ostrzeszów.

Czynniki dopełniające odżywcze A i B, jako zespół całkowicie swoisty w leczeniu gruźlicy płuc.

Jeżeli zmuszeni jesteśmy przystąpić do amputacji kończyn lub części z powodu gruźlicy, czyni się to tylko pod naciskiem wskazania życiowego, bez względu na to, że u tegoż osobnika z czasem może przyjść to samo w stosunku do innej kończyny, bo podłoże schorzenia pozostaje niezmienne. Nagromadzone spostrzeżenia stwierdzają ujęcie konstytucji gruźliczej bez żadnych zastrzeżeń. Tysiące ludzi codziennie doznają stłuczenia, złamania kości i wszystko to uchodzi bezkarnie, sprawa gojenia idzie gładko. Obok tego dają się często spotykać osoby, u których każdy bez wyjątku cięższy lub nawet lżejszy uraz prowadzi do powstawania ogniska gruźliczego, a każdy zabieg operacyjny, skierowany do usunięcia takowego, wykonany najbardziej dokładnie sprowadza niechybny nawrót, chociażby był powtórzony 3 lub i pięć razy. Nawet wylew krwi podskórny się nie wchłania, lecz organizuje w stwardnienie, charakterystyczne ziarninowe, przeżerające wreszcie powłoki. Widzimy często rodziny, w których dorastająca młodzież do czasu chowa się kwitnąco; raptem wszystko się zmienia, cera się psuje bez widocznej przyczyny, w ustroju zjawiają się ogniska gruźlicze, sprowadzające zejście szybko i niechybnie. Dotychczas nie było środków do szybkiego zwalczenia schorzenia, a tem bardziej do usunięcia „konstytucji". Najbardziej poważni obserwatorowie przychodzą do wniosku, że nawet: „leczenie sanatoryjne, tuczne kuracje, same przez się nie wiele mają znaczenia" [1]).

Każdemu wiadomo coś niecoś o sposobach, poprawiających statystykę sanatorjów przeciwgruźliczych. Nie jeden z beznadziejnych kuracjuszy przed końcem przechodzi pod opiekę rodziny. Zupełnie bezwzględnie postępowały z takowymi najsławniejsze sanatorja, np. zakład w Gerbersdorfie. Rodzona siostra mojej żony (ś. p. Marja Roguska, żona powieściopisarza) spędziła tam ostatnich 6 lat życia przed śmiercią w r. 1904. Postać oczywiście była o łagodnem przebiegu i chyba dość czasu do skutecznego zadziałania metody sanatoryjnej (kreozot). Gdy jednak w wyniku nastąpił zwrot krytyczny (meningitis t.), chorą usunięto z Zakładu na stronę. Jeszcze gorszy los spotkał w tymże czasie mego przyjaciela i ówczasowego współzawodnika co do ilości laseczników, sędziego miejskiego z Chersonia ś. p. Jana Nolkena; z tegoż zakładu został wyekspedjowany na pociąg; do Mikołajowa przybył już w stanie zupełnie nieprzytomnym (meningitis t.); interwenjować zmuszony był urząd policji.

Opinja Dra Fischera co do znikomej skuteczności leczenia sanatoryjnego jest zupełnie miarodajna; stanowisko jego pozwala swobodnie stosować do statystyki Zakładu zasadę: *amicus Plato, sed magis amica veritas.*

W listopadzie 1926 r. miałem ciekawy przypadek wyleczenia zaocznego gruźlicy stawu kolanowego w Warszawie u dalekiej powinowatej, kasjerki w dużej cukierni przy placu Zamkowym, róg Senatorskiej p. Zagrajskiej Krystyny. Chora od czterech lat ostatni rok w łóżku. Wreszcie lekarze orzekli o konieczności amputacji uda. Warszawska Kasa chorych bogata, nie żałowano kąpieli, na i prześwietlań etc. Rodzina nalegała, chora nie może pogodzić się z losem i prosi listownie o radę. Odpowiedź moja brzmiała: leżałaś Pani rok, poleż jeszcze dwa miesiące i pij szklankę kumysu i 4 łyżki tranu. Na nowy rok otrzymałem pismo z tysiącem błogosławieństw. Na tej nodze samej chodzi po schodach do cukierni, co prawda o kuli, lecz zupełnie szczęśliwa. W czerwcu 1927 miałem możność przy sposobności odwiedzić pacjentkę osobiście. Chodzi, unosi nogę swobodnie. Przez brak odpowiedniej pielęgnacji (ruchy bierne) staw usztywniony, zresztą zadowolona i wdzięczna. Kumys piła nie często, tran tylko trzy łyżki dziennie. Jako coś cudownego przytem stwierdziła, że bez żadnych trudności może spożywać wszystko, co przedtem sprawiało ciężar i gniecenie na dołku.

Tymczasem cudowny, lecz zupełnie nie wykorzystany środek zawsze i wszędzie znajduje się pod ręką. Jeśli taki Franciszek Jakóbczyk[2]), 6 lat przykuty do łóżka przez okropną gruźlicę śródstopia i wyjątkowych rozmiarów sączącą gruczołową gruźlicę szyi, od mianowicie trzech łyżek tranu dziennie, w cztery tygodnie, na tej samej stopie którą i ja zakwalifikowałem za nadającą się tylko do odjęcia jak i wszyscy inni, mógł zrobić razem 30 kilometrów pieszo, a przyszedł już tylko po „atest" do pracy, to zadanie może być uważane za rozwiązane; a jeśli w drugim roku u tegoż Jakobczyka złamanie obojczyka przez uderzenie spadającym balem drzewnym miało przebieg zupełnie gładki, to za pokonaną może być uważana i konstytucja, tak silnie u niego wyrażona. Wielką przyjemność sprawił mi widok tych blizn na tyle stopy i wokół szyi, z daleka już mało się odznaczających chociaż zupełnie wyraźnych i typowych, po upływie $5^1/_2$ lat, i pięciu sezenach letnich, spędzonych przez niego w Niemczech w pracy na roli. Inni tejże kategorji pacjenci tak samo po 3 i po 5 latach są obecnie zupełnie zdrowi i tak samo pracują. Spondylitis z 8-litrowym opadowym chłodnym ropniem uda, spina ventosa przedramienia, która w ciągu trzech lat stanowiła tylko przedmiot wskazań do amputacji. Okres czasu tak znaczny może być uważany słusznie za dostateczny do zakwalifikowania wyników jako zupełnie trwałych.

Identycznie sprawa się ma i nawet względnie do czasu i w gruźlicy płuc. Chorzy na gruźlicę chirurgiczną mają tę wielką przewagę, że po za ogniskiem zajętem, sprawność całego ustroju mają nienaruszoną prawie, wówczas gdy w gruźlicy płuc porażenie tak ważnego organu z towarzyszącą w końcu trawiącą gorączką prowadzi wkrótce do wycieńczenia z całkowitym zanikiem łaknienia. Otóż uderzającym szczególnie jest fakt, że i w tak zmienionych na niekorzyść warunkach dostawa dostateczna czynników dopełniających daje w takim samym krótkim czasie takież cudowne

---

[1]) Dr. Ludwik Fischer, naczelny lekarz Sanatorjum Czerwonego Krzyża w Zakopanem. Nowiny Lekarskie, r. 1928, zeszyt III.

[2]) „Polska Gazeta Lekarska", r. 1927, Nr. 27. Dr. Emil Terlecki: „Tran rybi w leczeniu gruźlicy".

wyniki. Od 6 lat po repatrjacji już mam w kraju liczny szereg trwałych tego rodzaju przypadków. Np. Ignacy Cieślak, Wieruszów, fryzjer, r. 1922, w maju. Zajęty prawy szczyt, stan podgorączkowy, krwioplucie, dziedziczność. Kumys, 4 łyżki tranu dziennie, łóżko. Po upływie pięciu dni ciepłota normalna, krwioplucie ustało, wyszedł z łóżka, pracuje. Dotychczas jest dzielnym sokołem. Leczenie powtarzał kilka lat po parę miesięcy. Pomijając nie jeden tego rodzaju przypadek i bakterjologicznie badany, uważałem za godne uwagi zatrzymanie się na kilku zupełnie wyleczonych i zdrowych już osobach, które miałem na pieczy od jesieni roku ubiegłego, w tej liczbie paru przedtem już zupełnie beznadziejnych.

P. Jerzy Wodniakowski, mój sąsiad, pomocnik w branży bławatów, lat 20, chory od wiosny. W Poznaniu w leczniczy Dra Łaszewskiego pilnie badany i prześwietlany w ciągu paru tygodni. Lato spędził w Sanatorjum Kas chorych — Ludwikowie pod Poznaniem (Staszycówka). Stan znacznie się pogorszył, w końcu lipca zabrany przez ojca do domu. Była jeszcze zrobiona w Zakładzie propozycja założenia odmy sztucznej, nie przyjęta przez wysunięty warunek zobowiązania na piśmie, że nie będzie pretensyj w razie zropienia i zejścia. Wezwany do chorego w dniu 1 sierpnia w południe, znalazłem: 40,5° C, cała prawa strona w stanie serowato włóknistego nacieczenia, szczególnie płat średni i dolny, średnio-bańkowe wilgotne i suche rzężenia, odcinające się wyraźnie podczas wdechu i wydechu, stłumienie odgłosu opukowego, kaszel tak okropny, że widok chorego podczas napadu nad wszelki wyraz przykry. Postawiłem zwykłe ultimatum: szklanka kumysu, cztery łyżki tranu dziennie. Jeśli potrafi — w dwa miesiące będzie zdrów. W razie przeciwnym do mnie nie ma się poco już odwoływać. Po upływie pełnych 3 tygodni, przeszedł sam do mnie z prośbą o zbadanie w południe. Ciepłota 36,4° C, wydzieliny i kaszel już „dawno" ustały, wszędzie wyraźny pęcherzykowy oddech za wyjątkiem jamy nadobojczykowej, gdzie się daje stwierdzić z lekka chuchający. Przybrał 5 funtów. Samopoczucie, apetyt doskonałe. Po upływie jeszcze trzech tygodni przybrał ogółem 16 funtów. Wkrótce stanął do pracy w Ostrowie. Obecnie dalej pracuje w Gnieźnie. Towarzysze niedoli ze wspólnego pokoju w Sanatorjum obaj zmarli: jeden w październiku, drugi w listopadzie.

Panna Stanisława Kowalska, lat 19, maturzystka, córka profesora gimnazjum, Ostrzeszów, 6 styczeń, w południe dało się stwierdzić: ciepłota 39,5° C, w okolicy obu szczytów stłumienie sięgające i do jam podobojczykowych. Rzężenia suche trzeszczące, miejscami przeważnie po stronie lewej średnio bańkowe odcinające się podczas obu faz oddechowych, kaszel z wydzieliną śluzoropową. Chora od półtora miesiąca. Wszyscy lekarze miejscowi uznali schorzenie jako gruźlicze, wskazane zaniechanie matury i Zakopane. Pierwsze dwa punkty podzieliłem zupełnie, co się tyczy Zakopanego zająłem stanowisko odmienne: jeśli chora będzie mogła przyjmować dziennie 4 łyżki czystego tranu i szklankę kumysu — będzie wkrótce zdrowa i bez wyjazdu do Zakopanego. Po trzech tygodniach gorączka zupełnie ustała. Kaszel z wydzieliną też. Objawy przysłuchowe złagodniały zupełnie. Zaczęła wychodzić na przechadzki. Wkrótce doszła do mnie wiadomość, że panienka zaczęła uczęszczać do klasy. Postawiłem veto. Zmartwienie ogólne mnie wzruszyło, a stan zupełnie pomyślny zdrowia pozwolił dać zgodę pod warunkiem osobistej kontroli. Obecnie po skończonych w końcu maja egzaminach jest szczęśliwą posiadaczką matury. Ogólny stan nie pozostawia nic do życzenia.

P. Roman Orzełek, parobek z Mikorzyna, pow. Kępiński, lat 20, wzrost wysoki, budowa klatki piersiowej nieprawidłowa, wklęśnięta. W połowie stycznia przybył ze skargą na słabość ogólną i od miesiąca krwioplucie. Komisja kontrolna Kasy chorych nie daje zwolnienia od pracy. Badanie przysłuchowe, perkusja istotnie nie dają wskazówek. Jednak ciepłomierz w południe stanowczo utrzymuje się na 37,2°. Waga w ciepłem ubraniu i wysokich butach 67 kg. W połowie grudnia było 74 kg. Na tej podstawie wydałem choremu zaświadczenie, które pozwoliło mu uzyskać zwolnienie od pracy i dostateczną ilość czystego tranu. 16. XI. waga 71 kg, t° 37,6° C. 7. III. t° 36,4, waga 74 kg. W końcu marca 76 kg, samopoczucie zupełnie dobre, krwioplucie dawno ustało. W początku kwietnia stanął ochoczo do pracy, z początku lżejszej, obecnie zdrów.

P. Izabella Przybyłówna, Ostrzeszów, 18. II. r. b., 16 rok życia, córka szwaczki (20 groszy od uszycia całkowitej koszuli do składu). Z rana zostałem zaalarmowany z powodu krwotoków płucnych, obfitych, strasznie męczących o zabarwieniu tętniczem. Wycieńczenie krańcowe, ostateczne. Chora oddawna. Cera szara, ziemista. Waga w ciepłem ubraniu 27 kg. Obwód ramienia w środku przebiegu 11 cm. Lekarze oddawna orzekli, iż żadnego ratunku niema. Ciepłota normalna. Opukowe i przysłuchowe objawy niewyraźne. Adrenalina zastrzyknięta na całą dobę zatrzymała krew. Kumys i tran pije chętnie, na trzeci dzień apetyt „bajeczny". Na oczach przybywa „mięso", na kończynach, siedzeniu, grzbiecie, policzkach cera bieleje. Krwotoki coraz rzadsze i mniejsze po dwóch tygodniach ustały ostatecznie. Po trzech tygodniach pośpiewuje, biega po mleko i chleb, pomaga w szyciu. Dnia 16 marca, po już wysłuchanej mszy św. dziękczynnej i odbytej spowiedzi, przyszła do wagi w lżejszem ubraniu. Okazało się już 36 kg. Tran w dostatecznej ilości na koszt Magistratu. W tej chwili (23. VII.) przyszła do wagi. Ma 37 kg w leciutkiem ubraniu z powodu upałów, wygląda zupełnie dobrze, czuje się zdrowa, apetyt także byle co do jedzenia.

Z nie tak szybkim wynikiem pomyślnym, lecz bodaj najciekawszy jest jedyny przypadek nietolerancji do tranu u p. Kazimierza Kubackiego, robotnika kolejowego w Ostrzeszowie, lat 43. W październiku ub. r. wezwany znalazłem wszystkie objawy phtisis floridae. Oddawna w łóżku, t° przed wieczorem 40° C, oba płuca zajęte, nocne obfite poty, kaszel męczący z wydzielinami. Kumys pije chętnie, tranu nie znosi, zwraca. Na przełożenia i nalegania, że na nic więcej rachować nie można, robi jednak stale próby przyjmować tran po trochu, czasami pomyślne, w niewielkiej ilości. Zimę przetrwał. W marcu stawił się osobiście (dwa kilometry) z urzędowem zleceniem po świadectwo na rentę. Objawy dostateczne do przyznania 100% niezdolności do pracy, tylko przyjemnie uderza daleko lepszy ogólny wygląd i ciepłota normalna. Wobec czego doradziłem ponowić próby z tranem, które okazały się na ten raz bardziej pomyślne. W dniu 19 lipca wstąpiłem do mieszkania, żeby przekonać się o stanie b. pacjenta, lecz nie zastałem go w domu, gdyż wyszedł na nocny dyżur na posterunek, odległy o dobre pięć kilometrów. Od początku upałów tran zupełnie zaniechał. Oczywista rzecz, że i tu choroba byłaby pokonana ze wszystkiem, gdyby zrozumienie było lepsze własnego interesu. Żona uznaje stan obecny za istotny „cud".

Powszechnie znane są wypadki, zresztą bardzo rzadkie, spontanicznego samowyleczenia gruźlicy płuc. Jeden z takich przedstawiam sam. W końcu studenckich lat i pierwszych zawodu przebyłem przewlekłą postać. Zajęty był płat lewy, bez gorączki, lecz ze znacznem charłactwem, krwiopluciem. Nie można było paru minut obejść się bez spluwaczki. Wielorazowo stwierdzone laseczniki. Schorzenie, zwalczone powoli, w ciągu kilku lat bez farmaceutycznego leczenia przez zarządzone nareszcie odżywianie pod opieką matki. W ciągu jednego roku przybyło 24 kg. W ciągu 18 lat prowadzone sekcje szpitalne dały mi jeden przypadek stwierdzonych kilkunastu zwapnionych jam w obu płucach u zmarłego na dur brzuszny żołnierza. Lecz takie przypadki należą do wyjątków i zależne są od zbiegu wielu pomyślnych warunków, a trwały pomyślny wynik jest rezultatem długiego czasu, wówczas gdy witaminy A i B zawsze osiągają to samo kosztem tylko 3—4 tygodni w przypadkach najbardziej posuniętych. beznadziejnych. I gdyby każdy lekarz zrobił próbę sumienną i stanowczą przełamania u chorego odrazy do zapachu tranu, wkrótce wszystkie sanatorja gruźlicze chirurgiczne jak płucne możnaby było przekształcić na ogólne lecznice lub zamknąć.

Takie istotne cuda jak w opisanych wyżej przypadkach wytłumaczone i przypisane być mogą interwencji czegoś osobliwego, mianowicie tylko czynników odżywczych dopełniających, skąd jedyny tylko bezpośredni wniosek, że gruźlica wszelka chirurgiczna i płucna jest jedną z licznych postaci awitaminozy, na gruncie której lasecznik dopiero znajduje sprzyjające podłoże i ginie szybko jak od odtrutki w razie zarządzonej dostawy odpowiednich „życianów". Sposób działania magiczny iść może w porównanie jedynie tylko z wpływem codziennej porcji sałatki z jarzyn w najcięższym przypadku gnilca, gdy w ciągu tygodnia znikają na oczach te straszliwe czarnego koloru stwardnienia całych ogromnych obszarów uda, podudzia, z owrzodzeniami dziąseł, nieraz krwistemi wysiękami opłucnej, z jakimi wiosną 1917 r. z frontu całymi pociągami przybywały wgłąb Rosji zastępy lokatorów okopów, gdy już zabrakło urozmaicenia w aprowizacji. Podobne to jest także zupełnie do tego zdychającego doświadczalnego gołębia, ożywającego na drugi dzień po dodaniu brakującego w dziennej racji jednego miligrama witaminy B.

Obecnie rola i cały mechanizm działania czynnika B na ustrój są dokładnie wyjaśnione, a w szczególności znaczenie jego w ciekawej sprawie objawów łaknienia. Już w roku 1923 na podstawie wieloletnich spostrzeżeń miałem sposobność to podkreślić w swoim komunikacie o „Kumysie z krowiego mleka" [3]). Tylko lenistwo

---

[3]) Dr. Emil Terlecki: Polska Gazeta Lekarska Nr. 32, rok 1923.

chochlika zecerskiego stanęło na przeszkodzie do przełamania kilku wierszy dla wstawienia tak znaczącego wyrazu: „łaknienia“ i „podniesienia“ przez to zawisło w powietrzu. Strona 588, szpalta druga, wiersz od góry 17. W trawiącej gorączce tran byłby nie do zastosowania przez wymioty, gdyby nie naprawa sprawności żołądka przez kumys.

„Przy trudnościach tuczenia po za doborem potraw zapewnić należy obecność w ilości dostatecznej czynnika B, pobudzającego apetyt“. „Zaburzenia w funkcjach trawiennych występują wcześnie podczas przebiegu awitaminozy B. Czynnik B pobudza gruczoły wydzielania zewnętrznego i utrzymuje tonus aparatu trawiennego. Brak czynnika B powoduje zastój w wydzielaniu soków trawiennych i zaburzenia pokarmowe, a w rezultacie śmierć przez głodzenie“. „Brak dopełniacza czynnika B w pożywieniu powoduje niezdolność zużytkowania przyjętych węglowodanów [4]). Przez niezużytkowanie węglowodanów gromadzą się substancje trujące, powodujące zaburzenia nerwowe i pogarszające stan ogólny. Brak czynnika B wywołuje silne zaburzenia w metabolizmie substancji energetycznych“. „Wnioskować można, że brak czynnika B w pokarmach powoduje niezdolność do normalnego syntetyzowania z aminokwasów ciał białkowych ustroju“. „Rola dopełniacza czynnika B wydaje się być analogiczną do działania insuliny“. „Brak czynnika B powoduje utratę łaknienia i w następstwie głodzenia się zwierząt [5]).

W całym arsenale środków odżywczych, zawierających witaminę B, niema ani jednego o tak bogatej zawartości takowej, jak kumys i o tak przyjemnym smaku. Z dawien dawna uczęszczane były przez suchotników w lecie kumysolecznice w sklepach Baszkirji. Przytoczone wyżej cytacje rzucają światło zupełnie jasne na znaczenie kumysu w leczeniu gruźlicy płuc. Oczywiście niedaleki jest czas, gdy nieustające badania spełnią ten dług i w stosunku do tranu.

Zastanowienia największego godny jest praktyczny wypływający z tąd z niubłaganą konsekwencją wniosek o zupełnej zbędności szpitalowego i sanatoryjnego traktowania gruźlicy jak i chirurgicznego również. Trzeba żywić nadzieję, że wkrótce mogą być już niezrozumiałe głosy, utyskujące na brak sanatoryjnych miejsc w Polsce. Poco te niedostępne dla szerokiego ogółu zakłady, na co te kosztowne i długotrwałe sposoby kliniczne, a tak niepewne, że potrzebują od pacjenta zapewnień na piśmie, iż nie będzie pretensji w razie zejścia, gdy obok tego, w warunkach najskromniejszego wiejskiego życia i u miejskiej biedoty beznadziejne przypadki wszelkiej gruźlicy dają się zwalczać zwycięsko w ciągu 3—4 tygodni kosztem kilku złotych, wydanych na zaopatrzenie w odżywcze czynniki A i B.

Nacisk tylko położyć należy, że chodzi tu jedynie o czysty tran, bez wszelkich dodatków i domieszek jak wapń, natron (emulsje) lub tak popularny w teoretycznych koncepcjach phosfor. Strzec się trzeba także oleju amerykańskiego z kukurydzy, wydawanego czasem pod imieniem tranu w składach kolonjalnych, za źródło zaopatrzenia wybierając tylko apteki i drogerje.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Dr. Jan JANKOWSKI, st. asystent. Lwów.

Anafilaksja (Anaphylaxis), nadwrażliwość uczuleniowa (Hypersensitivness) i stany pokrewne.

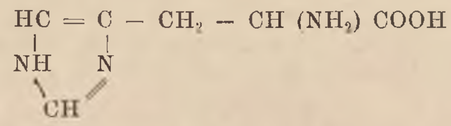
Z II-giej Kliniki Chorób Wewn. U. J. K. Dyr. Prof. Dr. R. Rencki.

Ciąg dalszy.

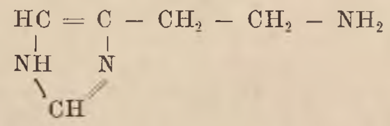
Jeżeli ustrój spożywa obce białko to w przewodzie pokarmowym dzięki trawieniu następuje rozkład tego białka zupełny przez stadja toksyczne aż do nietoksycznych produktów. Dopiero te ostatnie produkty zostają wchłonięte. Ustrój obcego białka nieznosi. O ile więc podamy białko, omijając przewód pokarmowy w formie zastrzyku, to ustrój broni się przeciw temu białku, stara się je przy pomocy enzymów krwi czy tkanek rozłożyć i strawić, tak że po pewnym czasie białko to znika w ustroju normalnym. W ustroju nie rozodpornionym proces ten przebiega niezbyt szybko, tak iż chociaż przechodzi on przez stadja toksyczne, to jednak tych produktów trujących nigdy niema na raz zbyt wiele, tak aby mogły wywoływać śmiertelny wstrząs. Natomiast w ustroju uczulonym, dzięki obecności ciał odczynu, proces ten przebiega gwałtownie, tak iż na raz wielka ilość produktów toksycznych się pojawia i te mogą wywołać wstrząsy.

Tak więc, chociaż przeciw temu humoralnemu i litycznemu pojęciu anafilaksji istnieje coraz więcej zarzutów to jednak ogólnie rzecz biorąc możemy powiedzieć, że anafilaksja jest wynikiem patologicznego wykolejenia i egzageracji procesu i mechanizmu, w swej pierwotnej zasadzie ochronnego przeciw obcemu białku (Wells).

Z ułamków białka, któreby tu wchodziły w grę, na pierwszy plan wysuwa się histamina (b-imidoazolyl-ethyl-amina) produkt dekarboksylacji histydyny, normalnego składnika każdego białka.



Histydyna



Histamina-ciało w wysokim stopniu wagotoniczne — wywołuje wstrząs bardzo podobny do anafilaktycznego. W minimalnych ilościach (znacznie mniej od białka) wywołuje skurcz oskrzeli, zahamowanie krążenia płucnego (u królików), miejscowo wywołuje na skórze bąbel, tak jak specyficzny allergen u ludzi uczulonych. Jednakowoż mimo tych podobieństw, dzięki drobiazgowym badaniom poznaliśmy różnicę.

Histamina nie zmniejsza krzepliwości krwi, jak wstrząs; nieco odmiennie zachowuje się reakcja gorączkowa. Nadto trudno sobie wyobrazić, że tak nagle przychodzi do rozkładu białka aż do uwolnienia histaminy, zwłaszcza bez widoczniejszych zmian w strukturze komórki. To wszystko przemawia jednak przeciw tłomaczeniu istoty wstrząsu jedynie tylko uwolnieniem histaminy z białka. Mimo to Manwaring całym szeregiem eksperymentów stara się wyjaśnić wstrząs nagłym powstawaniem histaminy w wątrobie.

Oprócz histaminy jeszcze metylguanidyna może wywoływać podobne, choć znacznie słabsze objawy, która nadto w małych dawkach ma działać nieco antianafilaktycznie (Burns: J. Phisiol. 1918. 52).

A dalej jest rzeczą prawdopodobną, że wchodzą tu w grę także i liczne inne produkty rozkładu białka, które wspólnie z wyżej wymienionemi wywołują objawy nieco odmienne niż każdy z nich z osobna.

Na wzmiankę zasługuje również cholina

$$(CH_3)_3 \equiv \underset{\displaystyle OH}{\overset{}{N}} - CH_2 - CH_2OH$$

Jest to produkt rozkładu lecytyny, jad w wysokim stopniu wagotoniczny. Jeszcze gwałtowniej działa acetylo-cholina, nie spotykana w stanie wolnym w ustroju, która jednak może przejściowo w ustroju powstawać na chwilę krótką, lecz wystarczającą do wywarcia skutków.

Co do tak zwanej anafilotoksyny, to nawet jej tworzenie się in vitro nie jest zupełnie jasne, w każdym razie nie tak jasne, jak to sobie tłumaczył Friedberger. W ciągu rozlicznych badań przekonano się, że wstrząsając surowicę zwykłą z kaoliną, krzemionką, skrobią, agar-agar a nawet przez rozcieńczanie wodą dochodzimy do tak zwanych serotoksyn, które działają zupełnie podobnie jak anafilotoksyna (Jobling: J. Exp. Med. 1915). Tłumaczymy sobie to tak, że antifermenty surowicy o lipoidalnej naturze są porwane przez precipitaty, a komplement może wtedy działać na białko własne surowicy. Wchodzimy tu w problem tak zwanych zaburzeń w stanie kolloidów — kolloidoklazję, — pojęcie postawione przez Widala i szkołę francuską. Wskutek zmiany ładunków elektrycznych, przesunięcia punktu izoelektrycznego kolloidów ustroju, drobne cząstki kolloidów, pozostające dotychczas w równowadze i w roztworze, muszą się wzajemnie przyciągać, zbijać, tworząc, początkowo drobniutkie, potem coraz to większe strąty. Proces ten przebiegający tak w płynach jak i komórkach jest zasadą rozodpornienia. Przeciwko twierdzeniu, jakoby tworzenie się anafilotoksyny surowicy krwi rozwiązywało problem wstrząsu, istnieje również sporo zarzutów. Przedewszyst-

---

[4]) Tamże podkreśliłem najmocniej amylolityczne działanie kumysu: „o działaniu drożdży bezpośrednio na skrobię przekonywa fakt pośredni zaczynania prostego ciasta“.

[5]) Edmund Lelesz: O działaniu dopełniających czynników odżywczych (witaminoz). Poznań. Rok 1926, str. 56, 57, 58, 71, 72 i 74. Monografje fizjologiczne z zakresu biochemji i biofizyki im. Jędrzeja Śniadeckiego.

kiem równoczesne wstrzyknięcie surowicy zwierzęcia rozodpornionego i wywoływacza nie wywołuje wstrząsu (bierna anafilaksja). Pomiędzy jednem a drugiem wstrzyknięciem musi upłynąć przynajmniej trzy godziny, czas który według wielu autorów jest potrzebny do usadowienia się ciał odczynu w komórkach. A dalej, jak wiemy, możemy zwierzę rozodpornione, zapomocą szeregu małych dawek wywoływacza uodpornić. Otóż uodparniając zwierzę zapomocą anafilotoksyny uzyskujemy odporność tylko na anafilotoksynę, a nie na wywoływacz i na odwrót (D a l e). Anafilotoksyna nie wywiera wpływu na izolowany mięsień gładki (D a l e). Za dodatkiem wywoływacza do płynu, w którym zawieszony jest izolowany mięsień macicy świnki morskiej rozodpornionej, tenże kurczy się natychmiast, tak jak za dodaniem np. pilokarpiny, pituitryny i t. p., tak, iż trudno przypuścić, że czynnik tu działający jest dopiero przez rozkład białka uwolniony. Działanie anafilotoksyny na stężenie jonów wodorowych i napięcie powierzchniowe krwi jest inne niż wstrząsu.

To wszystko przemawia przeciw humoralnej teorji anafilaksji (rozodpornienia), oddając pierwszeństwo twierdzeniu, że jest to proces odbywający się w komórkach.

Wyżej przytoczone badania, jakkolwiek istoty wstrząsu nie rozstrzygnęły, to jednak widzimy z nich, że nawet w dziedzinie ścisłego eksperymentu mogą być stany, które choć same pojedyńczo wzięte anafilaksją nie są, to jednak są do niej bardzo podobne, podobny mają mechanizm patogenetyczny, a szczegóły prawdopodobnie są nawet z anafilaksją ściśle związane. Są to stany anafilaktoidalne (jak np. po anafilotoksynie, po szeregu serotoksyn, po produktach rozpadu białka, a nawet po kolloidach takich jak kaolina i t. p.). Nie jest rzeczą wykluczoną, że wstrząs, jakkolwiek w tak typowy, w tak identyczny sposób przebiegający ma mechanizm nie zupełnie jednolity, tak iż niektóre, z wyżej omawianych stanów, jakkolwiek poszczególnie wzięte wykazują różnice, to jednak mogą stanowić pewną cząstkę mechanizmu rozodpornienia.

Przyczyny rozodpornienia należy doszukiwać się aż w samych tkankach, jednak chociaż wiemy, że każdy narząd, każda nawet tkanka reaguje w pewien sposób na zetknięcie się z wywoływaczem, to jednak całe zwierzę reaguje wstrząsem jako cały ustrój, ze wszystkiemi swemi systemami, i nie jest rzeczą pewną, czy w całym ustroju przebiega ta reakcja tak samo w danym organie, jak w organie odosobnionym, lub w zwierzęciu okaleczałem np. z wyłączeniem systemu nerwowego centralnego. Jeśli np. wiemy, że wątroba czy płuca przedewszystkiem reagują w pewien sposób na zetknięcie się z antygenem, to zmiany ze strony innych narządów mogą być wynikiem już nie tyle bezpośredniej reakcji na wywoływacz, ile skutkiem potężnego a gwałtownego zaburzenia funkcji tych narządów, względnie eksplozywnego powstawania pewnych ciał w tych narządach. A dalej ciała te oddziaływują ze swej strony na ustrój. Chociaż objawy anafilaksji występują nawet po wyłączeniu systemu nerwowego centralnego a przyczyna tegoż leży najbardziej obwodowo bo w tkankach, to jednak nie dowodzi tego, że w całym ustroju, nie okaleczałym, układ ten nie odgrywa ważnej roli. Przeciwnie, pomijając to, że w tkankach są jony wegetatywne, a w narządach izolowanych komórki nerwowe wegetatywne obwodowe, szereg spostrzeżeń świadczy o tem, że wstrząs przebiega przy udziale układu nerwowego znacznie sprawniej i łatwiej. Chciałbym tu przypomnieć, że sam wstrząs łączy się z objawami gwałtownego zaburzenia równowagi na korzyść układu parasympatycznego, wskutek pobudzenia tegoż układu przy równoczesnem porażeniu układu współczulnego. Zjawiska związane z rozodpornieniem przebiegają, jak wiele zjawisk biologicznych, wybitnie dwufazowo. W razie szczęśliwego przebycia fazy wstrząso-rodnej, następuje faza druga o przeciwnych cechach.

W mechanizmie wstrząsu, który podobnie jak jego istota jest mało znany, niektóre narządy wysuwają się na plan pierwszy, zajmują rolę decydującą i nieodzowną. Temi narządami są przed innemi wątroba i płuca, jak tego dowodzą i same objawy i stosunkowo największe zmiany tu spotykane przy autopsji. Tutaj muszę podnieść, że pod tym względem w mechanizmie rozodpornienia, jak zresztą wogóle w przebiegu rozodpornienia u zwierząt różnego gatunku istnieją wybitne różnice. Mimo że pewne objawy rozodpornienia są rozpowszechnione w świecie zwierzęcym, że np. na sercu żaby możemy obserwować rozodpornienie, to jednak u niektórych zwierząt wywołać je jest bardzo trudno, a u niektórych jak np. u małp wogóle wywołać się nie udało, gdy np. u świnki morskiej lub królika wywołać je łatwo a nieco trudniej u psa. Te też ostatnie trzy zwierzęta służyły głównie do doświadczeń w tej dziedzinie. Już w mechanizmie wstrząsu tych zwierząt zjawiają się wybitne różnice. U świnki morskiej śmierć przy wstrząsie występuje głównie wskutek uduszenia z powodu skurczu mięśni oskrzelików, przy nagle powstającej rozedmie płuc. U królika śmierć występuje wskutek skurczu tętniczek płuc, natomiast u psa główną rolę we wstrząsie odgrywa wątroba, tak że po wyłączeniu jej w przetoce E c k a wstrząs wogóle nie występuje. M a n w a r i n g na podstawie swych wyczerpujących badań twierdzi, że przynajmniej u psa wstrząs cały powstaje wskutek nagłego, eksplozywnego uwolnienia w wątrobie pewnych jadów podobnych do histaminy. Mimo że sprawa ta nie jest jeszcze rozstrzygnięta, podnieść należy, że wątroba wogóle w anafilaksji odgrywa bardzo ważną rolę, a nawet u świnki morskiej ulega daleko idącym zmianom. M e i n i c k e stwierdził, że izolowana wątroba uczulonej świnki morskiej reaguje na dodatek antygenu utratą zdolności tworzenia mocznika. Wątroba ma być również potrzebna do powstawania stanu rozodpornienia wogóle. Według F i s c h l e r a i D e n e c k e g o u zwierząt u których dawka uczulająca była dana przed założeniem przetoki E c k a, występuje wstrząs po dawce rozpętującej nawet mimo tej przetoki. Według tych samych autorów przy tak zwanej odwróconej przetoce E c k a, gdy uczulamy dawką daną w tylne kończyny, gdzie wywoływacz dochodzi z krwią do wątroby, wstrząs występuje potem gwałtowniej, niż gdy uczulenie nastąpi nie bezpośrednio przez wątrobę, dawką daną w przednią kończynę. Co do innych zmian w wątrobie obserwowanych przy wstrząsie u psa, to mamy tu: znaczne powiększenie się jej wskutek obrzęku i nawału krwi, według P i c k a i H i s h a m o t o autoliza wątroby zwiększa się po zastrzyku obcego białka, natomiast tak in vivo przy wstrząsie, jak in vitro (miazga wątroby, surowica uczulonego zwierzęcia, wywoływacz specyficzny) autoliza jest wstrzymana. M a n w a r i n g obserwował gwałtowne znikanie glykogenu z wątroby przy wstrząsie.

Oprócz wątroby jednak i inne narządy odgrywają tu ważną rolę. I tak M u s a n t a, a także S c h i t t e l h e l m wykazują że nie bez znaczenia jest tu układ siateczkowo-śródbłonkowy, gdyż blokada tegoż często, choć nie zawsze, zapobiega występowaniu wstrząsu. Efekt blokady tej wzmacnia się jeszcze przez następowe wycięcie śledziony. M u s a n t a podaje nawet, że jeśli uczuli się zwierzę po blokadzie, to surowica tegoż zwierzęcia nie wywołuje biernej anafilaksji.

D a l e, M a n w a r i n g, D o e r r przypisują najważniejszą rolę w mechanizmie wstrząsu wśródbłonkom naczyniowym (zwiększenie przepuszczalności, a może nawet tworzenie jadu).

Inne efekty zatrucia anafilaktycznego, odbijające się we krwi, to leukopenja, lokalna (w płucach w miejscu wtargnięcia wywoływacza) eozynofilja, acidoza (zwiększenie koncentracji jonów H, a zmniejszenie się zapasu zasad) zwiększenie się chlorków, anhydremia, obniżenie się ilości wapna, zwłaszcza związanego z białkami, zniesienie krzepliwości krwi (co według teorji De K r u i f i N o v y ma być najistotniejszem w anafilaksji), pewne zmiany zawartości K i Mg.

P e t e r s e m i H u g h e s wykazują znaczne zmiany w ilościach elektrolitów w limfie, tłomacząc, że o ile jakichś jonów jest mniej w limfie, to więcej ich komórki zatrzymały. Tak mamy tu wzrost Ca, Mg., P. spadek K. Spostrzeżenia te są ważne ze względu na stwierdzone antyanafilaktyczne działanie pewnych soli, z drugiej strony zaś wykazanie ważnych zaburzeń sięgających aż do komórek, w równowadze jonów wegetatywnych, tem samem wskazuje na rolę układu wegetatywnego.

Co do tych wyżej wymienionych objawów istnieją jednak pewne różnice w doświadczeniach niektórych autorów, zależne są one jednak od czasu w którym przeprowadzono doświadczenia, czy jeszcze w fazie wstrząso-rodnej, czy tuż po przejściu punktu kulminacyjnego, wtedy, gdy organizm poczynał się nieco dźwigać ze wstrząsu.

Jeden z najbardziej charakterystycznych objawów dla anafilaksji jest stan t. zw. antyanafilaksji, czyli stan w którym organizm staje się na krótki czas odporny na zabójcze działanie wywoływacza. Już dawniej spostrzeżono, że zwierzę po szczęśliwem przebyciu wstrząsu stawało się odporne na czas pewien na działanie wywoływacza. W dalszym ciągu badań Bordet odkrył, że ten stan odporności można bardzo szybko i łatwo, choć na czas krótki bardzo, wytworzyć nie tylko subtelną dawką, lecz wogóle subminimalną, która nie wywiera przykrego wpływu wstrząsorodnego. Jakkolwiek wytłumaczenie tego stanu natrafia jeszcze na pewne trudności, to jednak jest on tak charakterystyczny, że obecnie tworzy jeszcze jeden z kryterjów przy ocenianiu, czy jakiś stan jest rozodpornieniem, czy nie. W dalszym ciągu dociekań zaobserwowano, że zjawisko to nie jest specyficznem, czyli, że stan antyanafilaksji można uzyskać na drodze nieswoistej a mianowicie występuje on po injekcji peptonów, a co dziwniejsze nawet po minimalnej dawce anafilotoksyny, co przemawia przeciw dawnemu tłumaczeniu tegoż stanu zobojętnianiem i wysycaniem ciał odczynu w organizmie przez małą dawkę wywoływacza. Dalej cały szereg innych bodźców nieswoistych jak naprzykład proteinoterapja ma podobnież antyanafilaktyczne działanie. Nawet zastrzyk równoga-

tunkowej surowicy zapobiega wstrząsowi. A dalej podobnież działają zastrzyki roztworów soli: chlorku wapnia, dwuwęglanu sodu, hipertonicznego roztworu soli kuchennej. Podobnież w ostatnich czasach stwierdzono, że składniki pewnych wód mineralnych działają antyanafilaktycznie, co jest rzeczą interesującą i ważną ze względu na ich mechanizm działania leczniczego.

Ze środków farmakologicznych podanie atropiny uchyla wstrząs. Adrenalinę jeśli podamy w chwili rozpoczynania się wstrząsu, to lek ten potężnie przeciwdziała rozwijaniu się tego wstrzasu, osobnik szybko wraca do stanu normalnego. — O ile jednak podamy adrenalinę na jakiś zresztą krótki czas przed dawką wywoływacza rozpętującą, to wstrząs występuje nawet jeszcze silniejszy[1]).

Nie wchodząc w cały szereg sposobów tłumaczenia antyanafilaksji, musimy powiedzieć, że reakcje na bodźce nieswoiste mają pewien wspólny ogólny mechanizm ze wstrząsem. Reakcje te przebiegają również dwufazowo. Jeżeli więc organizm w tej reakcji po przebyciu małej fazy ujemnej zaczyna wchodzić w fazę dodatnią, sympatikotoniczną, to staje się odpornym na ujemną fazę wstrząsorodną po wywoływaczu. Mechanizmy uchylenia wstrząsu przez te poszczególne wyżej wymienione czynniki przedstawiają z pewnością daleko idące różnice w szczegółach, w które tu wchodzić nie mogę i wogóle określanie ich byłoby jeszcze przedwczesne. Zwłaszcza między działaniem bodźców i soli muszą istnieć zasadnicze różnice.

Z wyżej przytoczonych faktów widzimy, jak najrozmaiciej zachowują się poszczególne gatunki zwierząt wobec rozodpornienia, że u niektórych tak blisko człowieka stojących, jak małpy, wogóle tego stanu wywołać nie można. Widzieliśmy dalej, że już w sferze eksperymentów istnieje cały szereg stanów i objawów bardzo podobnych do rozodpornienia, które jednak tem rozodpornieniem nie są w istotnym tego słowa znaczeniu, i że jakkolwiek pojęcie anafilaksji coraz bardziej zaczyna się ograniczać, to jednak jeszcze teraz nie można przeprowadzić bezwzględnie pewnej granicy między tem co jeszcze jest istotną anafilaksją, — a tem co już nią nie jest. Potem cośmy wyżej powiedzieli nie będzie dziwił fakt, że o pojęciu anafilaksji panują jeszcze sprzeczne poglądy. — Istota tego stanu zbyt głęboko sięga w procesy życiowe organizmu i komórki, tak, iż dopóki nie poznamy dokładnie tych procesów, to wszelkie zaburzenia tu zachodzące muszą pozostać w sferze hipotez.

Z kolei rzeczy wyłania się teraz dla nas najważniejsze pytanie, jak rozodpornienie przedstawia się u człowieka i czy ono wogóle u ludzi istnieje w swej istotnej formie. Widzieliśmy jak w określeniu istotnych objawów wstrząsu potrzebne są skrupulatne doświadczenia i badania. Otóż człowiek wykazuje szereg objawów, bardzo do rozodpornienia podobnych, ale wykazuje też i różnicę i z tego względu właśnie potrzebna jest tu duża ostrożność w ocenianiu. Znane są w piśmiennictwie już obecnie dość liczne opisy objawów charakterystycznych dla wstrząsu, występujących po zastrzyku różnych surowic, kończące się nawet śmiercią. Wszystkie opisy te wstrząsu u ludzi sa nie bardzo dokładne bo lekarze w takim ciężkim stanie chorego, zajęci ratowaniem chorego nie mają czasu na obserwacje, zwłaszcza przy piorunującej szybkości występowania objawów. C o c a twierdzi, że u ludzi wogóle typowego rozodpornienia niema, że występujące tu objawy są wyrazem wrodzonej dyspozycji do odczynu. To zdanie jest stanowczo zbyt daleko idące. Mamy szereg opisów w piśmiennictwie świata występowania objawów wstrząsu dopiero przy drugim zastrzyku surowicy (choćby przypadek Kämmerera) gdy pierwsza była bez objawów. To wskazuje na nabytą anafilaksję, a nie stan wrodzony, dziedziczny. Z drugiej jednak strony wiemy, że i po pierwszym zastrzyku nieraz występują groźne objawy, a i po drugim zastrzyku nie zawsze objawy te wystąpić muszą. Tak, że u ludzi musimy już tu przyjąć decydujący wpływ momentów osobniczych, konstytucjonalnych, który sprawia, że objawy te przebiegają bardzo indywidualnie, bardzo różnorodnie, a tem samem problem ten jest trudny do rozwiązania. Badania Pirqueta, Schicka, Hoockera, Parka, Mackensiego, Cooka, Van der Veera, Coka, Coke, Toniettiego, rzucają wiele światła na problem anafilaksji u ludzi. Badania tego ostatniego stwierdzają eksperymentalnie wyżej podane poglądy o grze układu wegetatywnego przy anafilaksji u ludzi. Fakt, że choroba posurowicza znacznie szybciej występuje po reinjekcji niż przy ewentualnie pierwszej injekcji, wskazuje na ważność nabytego rozodpornienia, jednak pamiętać należy, że ta choroba jest właśnie tylko stanem anafilaktoidalnym, a nie typowem rozodpornieniem, którego typowem wyrazem jest wstrząs. Zachodzi teraz pytanie, czy stany anafilaktoidalne, chorobotwórczej wrażliwości, spotykane u ludzi jak dychawica oskrzelowa, pokrzywka, gorączka sienna i wiele innych obecnie obok tychże stawianych, występujące po zetknięciu się z pewnemi ściśle oznaczonemi substancjami, nie są wyrazem pewnej przez warunki osobnicze, konstytucjonalne zmodyfikowanej, ewentualnie poronnej formy istotnej anafilaksji. Dawniej też skłaniano się do identyfikowania tych stanów z anafilaksją; jednostronne występowanie objawów, ze strony jednego narządu, tłumaczono sobie małym stopniem uczulenia, względnie lokalnem uczuleniem, lub, że dany organ zawiera więcej ciał odczynu. Tutaj jednak musimy podnieść, że wszystkie te stany, mogą występować samoistnie bez związku z uczuleniem na tle innych, odruchowych, przyczyn. Czy także subminimalne uczulenie może istnieć bez związku z objawami, trudno określić, chociaż spotykamy dodatnie próby skórne u osobników bez żadnych objawów, to jednak zbyt mało możemy ufać wymienionym próbom, ani je brać za pewne kryterjum uczulenia. Wyłania się więc przypuszczenie czy w przypadkach omawianych nie mamy do czynienia z pewną poronną formę słabego stopnia anafilaksji, któraby w organiźmie, pozatem zdrowym, nie mogła się ujawnić. Jednakowoż przy zmianach wegetatywnych, nerwicowych działa chorobotwórczo dzięki swemu wagotonicznemu charakterowi. Zastanowić się dalej musimy, czy właśnie te objawy nie są pewnym wyrazem mechanizmu obronnego ustroju, zmierzającego do zlokalizowania sprawy, obrony od rozprzestrzenienia się procesu ogólnego wstrząsu (n. p. bąble, jako wyraz zatrzymania wywoływacza w skórze, zmiany wazomotoryczne w płucach jako zatrzymanie tegoż w płucach, skurcz oskrzelików jako obrona przed dalszem wdechiwaniem wywoływacza i t. p.).

Pomijając jednak okoliczność, że mimo stwierdzonych różnic ilościowych uczulenia, może istnieć takie nieznaczne tylko uczulenie, objawiające się dzięki tylko istnieniu chorobowo czułego mechanizmu, mamy obecnie szereg spostrzeżeń sięgających nieco poza czysto objawową stronę problemu, nieco wgłąb tego uczulenia wogóle. I tu widzimy pewne różnice w porównaniu z istotnemi cechami anafilaksji.

Dla jaśniejszego przeglądu tej sprawy omówimy osobno cechy wspólne i osobno cechy odmienne nadwrażliwości uczuleniowej i anafilaksji.

Punkty styczne:

1) Objawy allergiczne występują nieraz (choć nie zawsze) natychmiast po wtargnięciu wywoływacza (allergenu), jak wstrząs po zadziałaniu antygenu.

2) Opisywano przypadki, gdzie po zadziałaniu większej ilości allergenu występowały, oprócz zwykłych objawów n. p. dychawica oskrzelowa, pokrzywka i inne allergiczne objawy, a nawet objawy ogólne zupełnie podobne do wstrząsu.

3) Za pomocą surowicy chorych ludzi możemy wywołać bierną allergję lokalną skóry, wyrażającą się wybitnie dodatniem występowaniem próby skórnej w tem miejscu (Prauschnitz, Küster)

4) Za pomocą krwi chorych uczulonych możemy wywołać u ludzi zdrowych stan zupełnie odpowiadający biernemu rozodpornieniu. Duke opisuje nawet śmierć z tego powodu wśród typowych objawów wstrząsu.

5) Istnieje tu również swoista anafilaksja, którą wykorzystujemy nawet do celów leczniczych. W przypadku uczulenia alimentarnego podajemy 0.05 szkodliwego pokarmu przed spożyciem tegoż w większej ilości.

Pomimo tak silnie przekonywujących argumentów, przemawiających za łącznością uczulenia z rozodpornieniem, istnieją poważne różnice. Na pierwszy plan wysuwają się tu różnice dotyczące tak istotnej rzeczy jak specyficzne ciała odczynu.

1) Otóż wiemy, że ciało odczynu anafilaktycznego jest, jeśli nie identyczne, to ściśle związane z precypitynami i ciałem odchylającem dopełniacz. Tymczasem przy uczuleniu precypityny są niebecne, wszelkie próby na precypityny i odchylanie dopełniacza wypadają tutaj ujemnie. Sam ten fakt nie miałby jeszcze takiego znaczenia, boć wiemy, że przy rozodpornieniu decydujące znaczenie mają ciała odczynu w tkankach się znajdujące a nie we krwi. U słabo rozodpornionych zwierząt może we krwi nie być ciał odczynu, a mimo to zwierzę takie reaguje wstrząsem. Tu jednak sprawa ma się odmiennie, bo takie ciała (reaginy) są we krwi, jak to można wykazać w metodzie Prauschnitz-Küstera, wobec tego jednak, że nie dają one reakcji Bordet-Gangou, ani precypitynowej, muszą one mieć odmienną od anafilaktycznych naturę. A to jest już dużo.

2) Jakkolwiek często objawy uczulenia występują zaraz po wtargnięciu ciała wywołującego (jak przy rozodpornieniu) to jednak bardzo często sprawa ma się odmiennie. Objawy występują dopiero dłuższy czas po zetknięciu się z allergenem, wtedy gdy

---

[1]) To ciekawe zachowanie się adrenaliny spowodowane jest prawdopodobnie przez również dwufazowość działania tejże, gdzie po sympatikotonicznym okresie przychodzi reakcja ze strony parasympatycznego układu. W tej fazie jest organizm podatniejszy na wstrząs.

zajdą w systemie wegetatywnym odpowiednie warunki umożliwiające efekt działania allergenu (np. w nocy), jak to wskazują liczne obserwacje kliniczne. Nawet napady dychawicy siennej występują głównie w nocy.

3) Charakterystyczną i istotną cechą rozodpornienia jest „wyczerpywanie się" czyli stan antyanafilaksji po przebytym wstrząsie. Objawy nadwrażliwości uczuleniowej mogą natomiast występować zaraz jeden po drugim, a w każdym razie w krótki czas po sobie, jak np. napady dusznicy oskrzelowej.

4) Próba skórna przy omawianych sprawach występuje odrazu do 15 minut a po jednej godzinie znika, odmiennie niż rozodpornieniu, gdzie występuje po 24 godzinach. Ten szczegół dość istotny odgranicza tą nadwrażliwość uczuleniową od allergji tuberkulinowej.

5) Próba skórna również nie wykazuje tutaj wybitnej tendencji do wyczerpywania się.

6) Jak wiemy wywoływaczami rozodpornienia są prawie wyłącznie białka, tymczasem tutaj wedle ostatnich badań autorów amerykańskich (Black, Moore — J. A. M. A. 30. I. 1926, a także Coca) nawet eterowe, nie białkowe, ekstrakty pewnych substancyj, które dają typową dodatnią próbę skórną. Nie jest to bezwzględnym dowodem różnicy obu tych stanów, bo jak z jednej strony nie jest wykluczone, że i inne, oprócz białek, substancje mogą być wywoływaczami, tak z drugiej strony badania nad allergją pod tym względem muszą być jeszcze sprawdzone i uzupełnione. Przedewszystkiem musimy się przekonać, czy te bezbiałkowe preparaty są zdolne wywołać nie tylko próbę skórną lecz i inne objawy ogólne.

7) Wreszcie chciałbym podnieść jeszcze jedną kwestję, a mianowicie, jeśli przyjrzymy się zestawieniu tych substancyj które mogą być, jak się okazało, allergenami, to choć w zasadzie mamy tu bardzo wielką liczbę, to jednak odrazu uderza w oczy, że lwią część przypadków zajmują tylko niektóre. Przedewszystkiem pyłki roślinne i to znowu głównie niektórych roślin (Poa pratensis, Phleum pratense, Agrostis i t. p.), dalej szerść zwierząt, i to głównie konia (u nas parokrotnie wełna). Znacznie mniej pokarmy, i to tutaj znane z idiosynkrazji: raki, poziomki itp. Inne uczulenia występują nawet bardzo rzadko. Zachodzi więc pytanie, czy nie mamy tu do czynienia z pewnemi ciałami o charakterze więcej toksycznym, które w odpowiednio mało odpornych organizmach, o chwiejnym układzie wegetatywnym, mogą wywołać objawy allergiczne, nerwicowe. Tak jak widzimy, że jad pszczoły u każdego wywoła bąbel bolesny, a u ludzi specjalnie wrażliwych ciężkie objawy ogólne. Naturalnie analogja ta nie jest zbyt zasadniczą sprawą. O substancjach ewentualnie pierwotnie toksycznych mówi Ancona, a także Storn van Leeuven.

8) Wysuwana przez niektórych cecha dziedziczności nadwrażliwości w przeciwieństwie do rozodpornienia, które jest nabyte, sztucznie wywołane, nie jest zbyt dowiedzioną różnicą. Jak z jednej strony rozodpornienie może się dziedziczyć, tak z drugiej strony nadwrażliwość uczuleniowa może powstać w ciągu życia, może być nabyta.

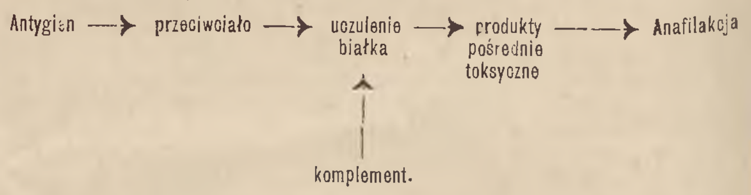
9) Wreszcie należy zwrócić uwagę na t. zw. odczulenie (desensibilisation). Otóż o ile przy anafilaksji to odczulenie zawsze przeprowadzić można, to przy nadwrażliwości bardzo często zawodzi (niektórzy wogóle powątpiewają czy jest możliwe). Nawet tam, gdzie objawy znikają, to nieraz próba skórna pozostaje jako znak dalej trwającego stanu. Kwestję braku skutków odczulania omawiam przy leczeniu.

Czemże jest więc ta istota uczuleniowej nadwrażliwości? Odpowiedź na to pytanie nie jest łatwa. Jeśli trudno jest określić istotę eksperymentalnej anafilaksji, gdzie mamy ściśle określone objawy, to tem trudniej jest znaleść definicję tutaj, gdzie objawy charakterystyczne jak dychawica oskrzelowa, pokrzywka, czy te wszystkie inne *nie są wyrazem, lecz tylko do pewnego stopnia skutkiem istniejącego uczulenia.* Boć sprawę objawów uczuleniowej nadwrażliwości trzeba brać osobno, gdyż objawy te mogą występować samoistnie, a nie tylko u osobnika uczulonego. Nadwrażliwość uczuleniowa jest tu jedną z wielu, a nie jedyną przyczyną, ale dlatego też wymyka się nam ona z pod dokładnej obserwacji. Stanów allergicznych nieda się w eksperymencie na zwierzętach wywołać. Ze względu na istniejące, jak widzieliśmy bliskie pokrewieństwo uczulena z rozodpornieniem, należy obserwować je z punktu widzenia anafilaksji, jako, że stan ten, jakkolwiek przedstawiający duże niejasności, to jednak jest znacznie lepiej poznany i znacznie ściślej zdefiniowany.

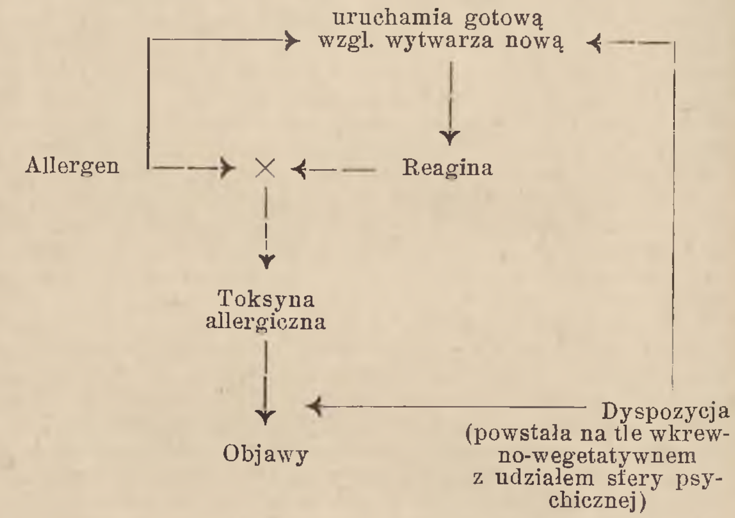
Zbierając wiele szczegółów, które już wyżej podałem, *powiemy, że uczuleniowa nadwrażliwość jest to stan, w którym organizm o odpowiedniej konstytucji reaguje w sposób charakterystycznie chorobliwy na pewne substancje, dla zdrowych zupełnie nie szkodliwe.*

Dla lepszego zrozumienia mechanizmu poprzednio opisanych zjawisk, podaję graficzne schematy tychże.

1) Anafilaksja:



2) Allergja:



Polega ten stan na istnieniu swoistych ciał odczynu, które znajdują się w tkankach, a także we krwi, a które reagują ze swoistym wywoływaczem.

Co do tych dwóch głównych czynników uczuleniowej nadwrażliwości, to wywoływaczem, jak już wyżej wspomniałem, może być nieomal każda substacja z otoczenia chorego i z pożywienia, niektóre jednak z nich występują najczęściej. Przedewszystkiem wchodzą tu w grę: pyłki roślinne, produkty naskórka zwierząt, produkty spożywcze, bakterje, kurz domowy, według Storma Aspergillus fumigatus, a nawet nie jest wykluczone, że pewne produkty procesów chorobliwych, wewnątrz organizmu przebiegających. Co do charakteru tych wywoływaczy, to okazało się, że po większej części są to produkty białkowe, niektóre jednak nie są związane z białkiem, a nawet przechodzą przez błonę kolloidową (Coca).

Ciało odczynu istnieje w surowicy, jednak zwyklemi metodami precipitacji, czy odchylenia dopełniacza, wykazać ich nie można. (Próbowałem w jednym przypadku uczulenia na kurz domowy, czy nieda się wykazać na ciałkach białych krwi zwiększonego reagowania w warunkach przyżyciowych in vitro pod mikroskopem na specyficzny wywoływacz. Otóż okazało się tu, że ten wywoływacz działa bardziej toksycznie na ciałka osobnika uczulonego. Jednakowoż taka substancja jak kurz domowy jest i dla zwykłych ciałek dosyć toksyczna. Różnice jakkolwiek wybitne istnieją, to jednak nie dadzą się ująć w dane cyfrowe, i do ewentualnych prób się nie nadają). Wykazać te ciała można przy pomocy metody Prauschnitz-Küstera (bierna lokalna allergja skóry) w przeciwieństwie do ciał rozodpornienia i allergji tuberkulinowej (Coca). Jest to ciało związane z białkami surowicy. Do pewnego stopnia czułe na gorąco, bo po ogrzaniu znacznie się osłabia, lecz nie znika zupełnie (Gay). Łącząc się z wywoływaczem zobojętnia się tak w tkankach, jak in vitro, jednak nie według praw ilościowych stosunków, w jakim łączą się precipityny. Mają te ciała być swoiste, przy wielorakiem uczuleniu istnieje ich większa ilość, każde z nich odpowiadające danemu wywoływaczowi (Coca).

Co do tego, czy odgrywa tu rolę jaką dopełniacz, tak ważny czynnik dla odczynów rozodpornieniowych, mamy dotychczas w badaniach zupełnie negatywne wyniki.

Wracając do stosunku tych stanów do rozodpornienia to z wyżej przytoczonych faktów widzieliśmy, że oba te stany mają wiele cech wspólnych, mają jednak wiele różnic, które je od siebie oddzielają. W każdym razie analogje są zbyt głębokie, aby można zgodzić się na zdanie, które wypowiada Coca, że wrażliwość uczuleniowa niema nic wspólnego z rozodpornieniem. Zdanie to jest równie błędne, jak błędne by było zbyt pochopne łączenie obu tych stanów. Nadwrażliwość uczuleniowa, należy więc do stanów tak zwanych anafilaktoidalnych, których tyle spotykamy nawet w dziedzinie czystego eksperymentu, jednak tych, które stoją naj-

bliżej rozodpornienia. Wchodzimy tu w zakres całego szeregu pojęć takich, jak allergja, czyli zmienione oddziaływanie, idiosynkrazja, wreszcie specjalnie dla omawianych stanów stworzonych, jak atopia (Coca) i teorja miazmatów w pojęciu Storma van Leeuven.

Allergja jest to zmienione oddziaływanie organizmu na pewien bodziec pod względem: 1) szybkości reakcji, 2) wielkości reakcji, 3) co najważniejsze jakości reakcji. Jest to więc pojęcie bardzo szerokie, mieszczące w sobie i pojęcie rozodpornienia i szereg stanów anafilaktoidalnych itp., jest aż nazbyt szerokie, tak, iż łatwo się stało wygodnym składem faktów i pojęć, których wytłumaczeniem teoretycznem trudno sobie dać radę, a które bardzo często nawet między sobą nie przedstawiają łączności. Wiemy, że powstało ono w odmiennych, niż obecne warunkach, na tle dociekań nad infekcją i immunizacją. Dlatego też Pirquet określa je poraz pierwszy jako: „zmienione oddziaływanie organizmu po chorobie, lub uprzednio w odpowiedni sposób przygotowanego" (Vorbehandlung). To już naszym pojęciom nie odpowiada, bo obecnie wiemy, że stany które pod pojęcie allergji podciągamy są właśnie bardzo często wrodzone. Musi jednak pojęcie to ulec pewnemu ograniczeniu. Już Kämmerer tutaj zwraca uwagę, że np. diabetyk reaguje w zmieniony sposób na węglowodany a przecież tego zmienionego oddziaływania w żaden sposób allergją nazwać nie można. Dlatego on podaje ścisły schemat objawów allergicznych i określa allergję jako stan częściowo wrodzony, częściowo nabyty, w którym organizm w sposób swoisty reaguje na zwykłe, dla zdrowych nieszkodliwe bodźce, częściowo lub całkowicie wykształconym kompleksem stałych objawów.

Idiosynkrazja jest to stan, stojący najbliżej uczuleniowej nadwrażliwości, tak blisko, że nawet granica pomiędzy temi pojęciami zaciera się. Te same środki co wywołują idiosynkrazję są wywoływaczami w uczuleniowej nadwrażliwości, a dalej idiosynkrazja może manifestować się „allergicznemi objawami". Znane są n. p. napady astmy po ypecacuanie, ursolu, aspirynie itp. Jest to pojęcie bardzo stare, sięgające aż prawie do początków historji medycyny, jakkolwiek o odmiennej niż obecnie treści. Obecnie oznaczamy niem stan nadmiernej i jakościowo odmiennej reakcji na pewne nieantygeniczne substancje. Są to przeważnie leki względnie substancje przyjmowane w pokarmach. Musimy tu jednak odróżnić idiosynkrazję od izotoksycznej nadwrażliwości na leki, gdzie objawy zależne są od jakości leku, występują po minimalnych dawkach w takiej samej formie, jakie występują zwykle po dawkach toksycznych. Przy idiosynkrazji natomiast mamy do czynienia z objawami, niezależnemi zupełnie od zwykłego działania leku, należącemi zawsze do tej samej grupy, jak rash, wysypka, enterocolitis, urticarja, i inne ze zespołu allergicznego. Ma ona wiele cech wspólnych z anafilaksją. Fakt, że mamy tu do czynienia z wywoływaczami, „nie antygenicznemi", nie dowodzi niczego, bo jak widzieliśmy wyżej, trudno postawić granicę ścisłą między tem co może być antygenem, a co nie. Widzieliśmy że nawet niektóre substancje proste, jak jod mogą łączyć się z białkiem, ewentualnie nawet własnem ustroju, i wynaturzać je tak, że tworzyć substancję nową antygenicznie działającą. Tak więc wyłania się przypuszczenie, że i leki te łączą się tu z drobiną białka ustroju tworząc już białkowy antygen. Z drugiej jednak strony wiemy, że nie można tutaj wywołać anafilaksji biernej, ani nie mamy żadnych danych o istnieniu ciał odczynu we krwi. Nawet metoda Prauschnitz-Küstera zawodzi. W jednym, ze spostrzeganych u nas przypadków uczulenia na aspirynę, stwierdziliśmy wydzielanie się tego leku w formie niezmienionej w moczu, a nie jak zwykle rozłożonej na kwas salicylowy. Toby przemawiało przeciw wiązaniu tego wywoływacza przez jakieś ciało odczynu. Gottlieb przypuszcza, że mamy tu do czynienia z łatwiejszem przenikaniem tych ciał do komórek u ludzi odpowiednio dysponowanych i wywoływaniem rozpadu białka w komórkach, gdzie przychodzi do uwolnienia ciał podobnych do histaminy.

Jeżeli przyjrzymy się szeregowi ciał, które mogą wywoływać objawy idiosynkrazji, czy nawet allergji, to nie możemy się oprzeć wrażeniu, że istnieje pewna łączność, pewna ciągłość od tych ciał, które tylko u dysponowanych wywołują objawy, aż do tych, (np. toxicodendron), które u wszystkich wywołują objawy. Interesujące spostrzeżenia opisuje Ancona. Otóż obserwował on pewną epidemję dychawicy oskrzelowej, gdzie momentem wywołującym, był pewien pasożyt zanieczyszczający zboże, i wszyscy którzy z tym zbożem mieli do czynienia zwłaszcza dłużej, zapadali na dychawicę. Podobne spostrzeżenia opisuje także Storm van Leeuven.

Omawiając stany allergji nie możemy pominąć całego szeregu czynników na nią wpływających. Już w eksperymentalnej anafilaksji stwierdzono jak wielki, choć dziwnie różnorodny ma tu wpływ tarczyca. Oto Keppinow, Lanenberg, Housey, Soddelli, Parchon, de Waele, podają, że wycięcie tarczycy przynajmniej u świnki morskiej, znosi możność wytworzenia się stanu anafilaksji, a u już rozodpornionego zwierzęcia znosi względnie osłabia wstrząs. Garret po przecięciu nerwu błędnego powyżej tarczycy otrzymał to samo. Natomiast Sostini stwierdza, że żywienie tarczycą (a więc sztuczna hyperthyreoza) również znosi wstrząs. Sądzę, że to zachowanie się tarczycy jest związane prawdopodobnie z obojnakiemi własnościami tejże w stosunku do układu wegetatywnego (pobudzanie obu układów S. i V.). I w objawach allergicznych u ludzi obserwowaliśmy, że tarczyca czasem działa leczniczo, czasem jednak wprost pogarsza stan, zdaje się zwłaszcza w stanach wazomotorycznych.

Dok. nast.

OCENY.

Hirszfeld Ludw. (z. dyr. P. Z. H.): *Konstitionsserologie und Blutgruppenforschung. (Serologja konstytucjonalna i badania nad grupami krwi).* Z 12 ilustr., Berlin 1928. Springer.

Wielkiej doniosłości praca naszego rodaka nietylko obchodząca antropologa lub biologa lecz i lekarza, badacza spraw dziedziczenia i w. i. Do streszczenia chociażby tylko pobieżnego *ogromu faktów znaczenia pierwszorzędnego* — niestety praca ta się nie nadaje. Aby w przybliżeniu dać pojęcie o treści ograniczamy się do podania napisów poszczególnych rozdziałów:

1) wstęp,

2) o pojęciu „Iso-ciał" (Isokörper),

3) o dziedziczeniu swoistych, pewnym grupom krwi właściwych ciał;

a) podstawy doświadczalne,

b) roztrząsania teoretyczne.

Obliczania spodziewanych dzieci na podstawie przyjęcia 2 allelomorphowych par (Dungern-Hirszfeld), obliczenia na podstawie 3 (podług Berugfeina). Formuła dziedziczenia Kołzowa. Uwagi do formuł proponowanych.

4) Rasy serologiczne ludzkie.

a) uwagi co do powstawania filogenetycznego właściwości isoaglutynowych,

b) grupy krwi w antropologji.

Badania Hauna'y i L. Hirszfelda, Verzara i Weszeczky'ego. Badania w Niemczech, Szwecji i Finlandji. Badania Streng'a i Rity'ego Dossena'y i Lenzara'y we Włoszech, serologiczne w Rumunji (Popovicin i Mannila), badania ludności polskiej Halberówne i Mydlarskiego, badania tubylców australskich (Tebbutt'a, Mc. Counel'a Lee Douglas'a, v. Burlon'a): badania w Chinach Backiang Liang'a. Rozważania Bais'a i Verhoefa. Badania w Japonji podług sprawozdań Kinomtya'y, Furuhata'y i Kishi'ego. Prace Elly Grove. Praca Ottenberga, Bernsteina, uwagi Steffan'a. Rozważania Mydlarskiego. Uwagi Snyder'a. Kartograficzne zestawienia rozmieszczenia grup krwi podług Streng'a. Dodatek.

5. O podstawach fizjologicznych i immuno-biologicznych Iso- i autoagglutynacji.

6. Podgrupy.

7. Różniczkowanie grupowo-swoiste podczas ontogenezy.

8. O chemicznej charakterystyce ciał isoagglut. krwi ludzkiej.

9. Badania grup w patologji.

10. O podstawach teoretycznych serologji konstytucyjnej. Prawidła serologji konstytucjonalnej.

Literatura.

Pisek (Lwów).

Przegląd piśmiennictwa Lekarskiego polskiego za lata 1917, 1918, 1919, 1920, 1921, wydany staraniem Tow. Lek. warszawskiego pod kolejną redakcją Dra T. Borzeckiego, Dra W. Szumlańskiego i Dra Z. Goreckiego, Warszawa 1928.

Niezmiernie pożyteczne wydawnictwo, rozpoczęte w roku 1890 i bez przerwy prowadzone do czasu wojny światowej, zostało, jak wiadomo, czasowo podjęte w r. 1918, kiedyto ukazał się tom, obejmujący lata 1914, 1915 i 1916. Wielkie trudności wydawnicze groziły zawieszeniem dalszego a tak pożytecznego pojawiania się Przeglądu. Aż oto obecnie mamy przed sobą nowy tom, obejmujący na przeszło 36 arkuszach druku streszczenie piśmiennictwa polskiego za lata 1917, 1918, 1919, 1920, 1921, a zawierający pokaźną liczbę 1774 streszczeń, opracowanych przez 51 sprawozdawców z różnych dziedzin medycyny teoretycznej i klinicznej.

Cały materjał sprawozdawczy podzielono na 27 działów, w czem dwa nowe, mianowicie XXV. „Życiorysy i nekrologi" oraz XXVII. „Medycyna wojskowa". Streszczenia objęły, podobnie, jak w latach poprzednich, nietylko prace oryginalne i poglądowe, lecz także pokazy, zwłaszcza ogłoszone w protokołach posiedzeń naszych towarzystw lekarskich.

Ta istotnie wielka praca, wykonana przez 51 sprawozdawców, zasługuje na pełne uznanie. W przeciwieństwie do tomów poprzednich „Przeglądu piśmiennictwa", tom omawiany pod względem językowym i składu przedstawia się dobrze, nie widzi się w nim tych błędów, które tak raziły w tomach poprzednich. Tom omawiany odróżnia się też starannem zestawieniem spisu treści i autorów.

Cieszyć się należy i być wdzięcznym Towarzystwu lekarskiemu warszawskiemu, że w tak trudnych warunkach podjęło dalsze wydawanie tak pożytecznego dzieła i to kosztem niewątpliwie znacznym, i tylko życzyćby należało, by w niedługim czasie ukazały się tomy, obejmujące jeszcze zaległe lata po rok 1927.

W. Nowicki.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Sprawozdanie Polskiego Towarzystwa Higjenicznego we Lwowie za rok 1927/28.

Działalność Towarzystwa była w roku sprawozdawczym bardziej ożywiona, niż w kilku latach poprzednich, ożywienie to w znacznej części spowodowała organizacja VI. Zjazdu Higjenistów Polskich we Lwowie, który, jak wiadomo, odbył się w lipcu b. r. na podstawie uchwały poprzedniego Zjazdu w Poznaniu. Działalność Towarzystwa dotyczyła więc organizacji tegoż Zjazdu. Prócz tego czynne były poszczególne komisje Towarzystwa w zakresie agend im oddanych.

W roku sprawozdawczym odbył Zarząd 10 posiedzeń, w dwóch z nich brał udział już nieżyjący zasłużony działacz na polu społeczno-higjenicznem, długoletni prezes Warszawskiego Towarzystwa Higjenicznego, dr. Józef Polak, w jednem zaś szereg członków obszerniejszego komitetu organizacyjnego Zjazdu z poza Towarzystwa. Zarząd załatwiał na posiedzeniach sprawy bieżące oraz inne okolicznościowe. Na posiedzeniach tych referenci poszczególnych komisyj zdawali sprawę ze swych czynności. Przez delegata, członka Zarządu, X. prof. dra Ciemniewskiego Towarzystwo wzięło udział w VII. Polskim Kongresie przeciwalkoholowym w Warszawie, w innych zaś zjazdach i uroczystościach za pomocą pism i telegramów.

Mimo bardzo oszczędnościowej gospodarki należało myśleć o wydatniejszem zasileniu funduszów Towarzystwa, w tym też celu wniesiono podanie do Magistratu Miasta Lwowa z prośbą o subwencję na cele Towarzystwa. Dzięki życzliwości byłego komisarza Rządu m. Lwowa, Pana Strzeleckiego, i gorącemu poparciu podania przez członka Zarządu nacz. lekarza miasta Dra Dolińskiego, Towarzystwo otrzymało subwencję w wysokości 3000 zł. Za tę subwencję Towarzystwo złożyło podziękowanie Prezydjum Miasta Lwowa, tu zaś obowiązek nakazuje złożyć serdeczne podziękowanie Drowi Dolińskiemu za tak skuteczną pomoc w otrzymaniu tej subwencji i prosić go o popieranie Towarzystwa nadal w sprawach Towarzystwa, które zależeć będą od zarządu miasta. Inwentarz Towarzystwa powiększył się w roku sprawozdawczym o szafę, zakupioną na przeźrocza wykładowe, dalej o kilkaset przeźroczy i aparatów sekcji sportowej, zakupionych z subwencyj, otrzymanych na cele wychowania fizycznego od władz rządowych i miasta Lwowa.

Sekcja odczytowa zajmowała się, jak w latach ubiegłych, urządzaniem odczytów, które odbywały się, jak w roku ubiegłym w Kinie Marysieńka. Wygłoszono razem odczytów 23; przeciętna liczba słuchaczów na jednym odczycie wynosiła 148 słuchaczów ze sfer różnych. Rekordową liczbę słuchaczów osiągnął wykład Doc. Demianowskiego na temat: „Fizjologja i higjena życia płciowego' dla mężczyzn, bo 562 słuchaczów i wykład Dra Andruszewskiego: „O chorobach wenerycznych" dla mężczyzn z liczbą 401 słuchaczów. Ogólna liczba słuchaczów wynosiła 4379. Prócz nielicznych wykładów na tematy dowolne, odbyły się dwa wykłady serjowe: „Higjena różnych okresów życia" i „Z dziedziny odżywiania". Pierwsza serja objęła 5 wykładów, druga 7. Wykłady wygłosili: Dr. Andruszewski, Dr. Ciepielowski, Dyr. Duchowicz, Dr. Dybowski, Dr. Fritz, Doc. Gąsiorowski, Prof. Groer, Dr. Hojnacki, Prym. Lipiński, Prof. Moraczewski, Dr. Naróg, Dr. Opieński, Doc. Progulski, Prof. Rothfeld, Prof. Steusing, Prof. Trawiński i Dr. Tychowski — razem 17 prelegentów. Doświadczenie z roku ostatniego poprzedniego poucza że największą frekwencją cieszą się wykłady serjowe, dlatego też komisja odczytowa starała się i w przyszłości powinna się starać o urządzanie przedewszystkiem wykładów serjowych. Poza temi regularnemi wykładami niedzielnemi komisja odczytowa brała pośredni udział w urządzaniu odczytów innych, jak n. p. na prośbę komitetu „Tygodnia dziecka", w którym z ramienia Towarzystwa Doc. Progulski zorganizował 3 wykłady.

Wydawnicza działalność Towarzystwa rozwijała się w roku sprawozdawczym wcale wydatnie. Zawieszone w r. poprzednim wydawnictwo broszurek „Bibljoteczki Higjenicznej", wydawanej przez Towarzystwo, spowodowane przejściowemi trudnościami „Książnicy - Atlasu" nie pozwoliło na wydanie choćby jednej broszury tejże bibljoteczki. Dopiero w roku bież. po odnowieniu nieco zmienionego układu z „Książnicą-Atlasem", rozpoczęto wydawnictwo w dalszym ciągu. Wyszły więc broszury Prym. Ruffa, Por. Dra Kawałka, Doc. Dra Artwińskiego, Dra Szumlańskiego i prof. Nowickiego. Razem dotąd wyszło broszur 14. Nadto jest kilka w przygotowaniu. Wszystkie zawierają ryciny. Należy podnieść zainteresowanie się Ministerstwa W. R. i O. P. naszem wydawnictwem, a wyrazem tego są oficjalne oceny naszych broszur i polecania zakupu ich do bibljotek szkolnych. Broszura Dra Kawałka „Pierwsza pomoc w zatruciach gazami wojennemi" wydana w nakładzie większym, spotkała się z poparciem odpowiednich czynników rządowych.

Sprawa wydawania drugiego działu „Bibljoteczki mianowicie: „Bibljoteczki Higjenicznej Ludowej", została ostatecznie uregulowana w roku bieżącym. Towarzystwo zawarło umowę z „Książnicą-Atlasem", na podstawie której podjęła się ona wydawania drukiem materjału dostarczonego przez komisję odpowiednią Towarzystwa, na czele której stoi członek Zarządu Pan inspektor Dr. Kuhn. Zdając sobie sprawę z tego, że napisanie broszurki popularnej dla ludu wymaga nietylko znajomości samego przedmiotu, lecz także umiejętności i daru odpowiedniego dostępnego przedstawienia treści danej dla ludu i opierając się już na dawniejszej uchwale Zarządu, komisja rozpisała konkurs na dwie broszury: „Jak pielęgnować i odżywiać dzieci"? i „Alkohol — wróg ludu". Z 10 prac nadesłanych pod anonimowemi godłami Zarząd Towarzystwa, na przedstawienie komisji, uchwalił udzielić nagrody po 100 zł. Doc. Dr. Progulskiemu, autorowi pracy na temat pierwszy i Pani Duszyńskiej, autorce pracy na temat alkoholu. Niektóre z prac innych zostały wyróżnione. Broszury nagrodzone są w druku. Broszury tejże bibljoteczki będą, podobnie, jak poprzednie, wydawane w wielkich nakładach. Na tem miejscu należy podnieść gorące zajęcie się sprawą tego wydawnictwa przez przewodniczącego odnośnej komisji Pana Inspektora Dra Kuhna. Przez wydawanie bibljoteczki higjenicznej ludowej Towarzystwo spełni jedno z ważnych zadań uświadamiania ludności wiejskiej na polu najważniejszych wymogów higjeny życia codziennego.

Inną sprawą, rozważaną na 3 posiedzeniach Zarządu była sprawa walki z alkoholizmem. Usiłowania dawniejsze i obecne utworzenia dla tej sprawy osobnej komisji w łonie Towarzystwa, nie przyniosły należytego i pożądanego wyniku, jest jednak nadzieja, że ostatecznie ustali się komisja, któraby mogła współdziałać z innemi ideowemi i urzędowemi czynnikami, zajmującemi się sprawą walki z alkoholizmem. Na razie przewodniczący Towarzystwa, zaproszony przez naczelnika wojewódzkiego Wydziału Zdrowia, bierze udział w odnośnej wojewódzkiej komisji. Dzięki też życzliwości Pana Naczelnika wspomnianego Wydziału Towarzystwo otrzymało subwencję na wydawnictwo z zakresu zwalczania alkoholizmu.

Referent Towarzystwa z zakresu sportu i wychowania fizycznego major-lekarz Dr. Dybowski z całą energją i znajomością rzeczy zajmuje się działem wspomnianym a dzięki energicznym staraniom, popartym niewątpliwie uznaniem ze strony czynników miarodajnych, i przy poparciu Towarzystwa sekcja sportowa otrzymuje bardzo wydatne subwencje ze strony Ministerstwa spraw wojskowych a ostatnio ze strony miasta Lwowa. Przedmioty, zakupywane z wymienionych subwencyj wciągane są do inwentarza Towarzystwa a pokwitowania i zestawienia rachunkowe podpisywane są przez przewodniczącego Towarzystwa.

W roku bieżącym odbył się, jak wiadomo we Lwowie, VI. Zjazd Higjenistów Polskich pod egidą Polskiego Towarzystwa Higjenicznego we Lwowie. Szereg posiedzeń Zarządu a zarazem ściślejszego Komitetu organizacyjnego Zjazdu, z tych dwa przy obecności ś. p. Dra Polaka, poświęcony był organizacji tegoż Zjazdu. Troską komisji finansowej komitetu było wystaranie się o odpowiednie fundusze na cele zjazdowe. Dzięki życzliwości Pana Komisarza Rządu miasta Lwowa i poparciu przez nacz. lekarza miejskiego a sekretarza generalnego Komitetu organizacyjnego otrzymał komitet 3000 zł. subwencji, a miasto przyjęło uczestników Zjazdu rautem, urządzonym, jak wiadomo, w salach kasyna miejskiego. Niechże będzie wolno na tem miejscu jeszcze raz podziękować Prezydjum Miasta za tak przychylne i życzliwe poparcie komitetu organizacyjnego Zjazdu a temsamem naszego Towarzystwa. Miasto Łódź wyasygnowało na ten sam cel 300 zł. Sprawozdanie rachunkowe zostało przedłożone Zarządowi Towarzystwa do zatwierdzenia a tenże wyznaczył osobną komisję dla przeglądnięcia przedłożonych rachunków. Zjazd, jak wiadomo, powiódł się

dobrze tak pod względem obrad, jak przyjęciowym. Jestto w znacznej części zasługa członków komitetu i poparcia szczerego przez czynniki i kierowników zakładów miejskich, za co dziś należy złożyć im jeszcze raz gorące podziękowanie.

Jedną z największych bolączek, która niepozwala naszemu Towarzystwu na należyty rozwój i rozszerzenie działalności jest brak własnego lokalu. Towarzystwo tula sie a posiedzenia Zarządu mogą odbywać sie w lokalu Izby Lekarskiej, dzięki życzliwości jej naczelnika, za co należy się Izbie i jej naczelnikowi serdeczne podziękowanie. Przewodniczący Towarzystwa robił już dawniej zabiegi o uzyskanie od gminy odpowiedniego lokalu bezpłatnego. Na płatny lokal Towarzystwo dziś niestać. Lokal taki miałby pomieścić nietylko biuro Towarzystwa, lecz, co ważne, muzeum higjeniczne, przeznaczone nietylko dla szerszych sfer publiczności, lecz przedewszystkiem dla młodzieży szkolnej, któraby w niem uczyła się praktycznie poglądowo tak jej potrzebnej nauki higjeny; tu mogliby przychodzić nauczyciele z młodzieżą i na miejscu mogliby mieć dla niej wykłady, objaśniane pokazami muzealnemi. O potrzebie takiego muzeum niema, zdaje się, żadnej wątpliwości. Dlatego też główną troską przyszłego Zarządu winna być sprawa zdobycia własnego dachu i oczywiście związanych z tem funduszów. Nie należy tracić nadziei, że prędzej, czy później, Towarzystwo znajdzie pomieszczenie — najlepiej oby we własnym domu. Audaces fortuna adiuvat — dlatego, choć myśl ta w warunkach obecnych wydaje się zbyt śmiałą, można ją jednak urzeczywistnić, byleby tylko była silna wola, chęć poniesienia trudu i niezrażanie się przeszkodami.

Uzyskanie domu własnego będzie początkiem nowej ery w życiu Towarzystwa, będzie początkiem prawdziwego jego rozwoju i urzeczywistnienia jego celów.

Prof. Dr. Nowicki, przewodniczący, *Dr. Ćwikliński*, sekretarz.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Kosmos, rok LIII, zeszyt II, z r. 1928: W. Roszkowski: Jan Tur (w 30-lecie pracy naukowej). — D. Szymkiewicz: Stosunki liczbowe w budowie roślin. — W. Friedberg: Wymieranie zwierząt. — A. Namysłowska: Obecny stan badań nad trypanosomjazą u roślin. — M. Skalińska: Z zagadnień genetyki I. Czystość gamet Mendla w świetle nowych badań cytologicznych. — T. Malarski: Z fizyki koloidów. I. O naboju elektrycznym cząstki koloidalnej i o niektórych własnościach roztworów koloidalnych z nim związanych. — S. Ruziewicz: Z zagadnień matematyki III. Co wiemy, a czego nie wiemy o liczbach całkowitych. — D. Szymkiewicz: W sprawie drożyzny niemieckich czasopism naukowych.

Acta biologiae experimentalis, vol. I, r. 1928: E. Godlewski: jun.: Badania nad istotą podniety zjawisk regeneracyjnych i ich hamowaniem. — H. Rychlewska: O cieple spalania mięśni żywych. — I. K. Parnas: Badania nad powstawaniem amonjaku i zależnościa tej sprawy od czynności i stanu mięśni. — S. Kopeć: O wpływie przerywanego głodzenia na długość życia formy dojrzałej Drosophila melanogaster. — Wł. Vorbrodt: O związkach fosforowych grzybni kropidlaka (Aspergillus niger.). — St. J. Przyłecki: Wpływ struktury na kinetykę desmolar. Część I.: urikaza, kwas moczowy, węgiel czynny i nieczynny oraz białko. — E. Malinowski: Hipoteza powinowactwa chromosomów. — F. Rogoziński i M. Starzewska: O trawieniu ligniny przez zwierzęta przeżuwające. — I. V. Supniewski: Związek między budową chemiczną i własnościami farmakologicznemi w grupie związków imidazolowych. I. Badania nad pochodnemi metylimidazolu. — T. Vieweger: Skład chemiczny węgorzy wędzonych. — K. Białaszewicz: Studja porównawcze nad składem cieczy międzycząstkowej komórek jajowych.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LV, nr. 44, z 28 października 1928: H. Weiss: Uwagi krytyczne o otrzymywaniu i unormowaniu Opium concentratum podług Ph. G. VI. — Nowe leki. — Podział środkowo-europejskich roślin leczniczych według punktów widzenia farmakochemicznego i terapeutycznego. — Spadek zawartości ciał czynnych w roztworach soli alkaloidów i nalewkach farmaceutycznych po naświetlaniu światłem słonecznem i pozafiołkowem. — Rozporządzenia i okólniki władz. — Sprawy zawodowe.

Pamiętniki Polskiego Towarzystwa lekarzy weterynaryjnych, rok II, 1927/28, tom I, nr. 2: Sz. Gracz: Wpływ procesów gnilnych na zarazki. — M. Marczewski: Weterynarja amerykańska. — M. Mieszkowski i S. Terlikowski: Jednorazowe szczepienie śródskórne metodą Besredki. — S. Koeppe i S. Terlikowski: Stosowanie szczepionek buljonowych w praktyce weterynaryjnej — J. Drecki: Pyroplazmoza u koni. — S. Terlikowski: Próby leczenia ran zakażonych metodą własną. — K. Millak: Rzut oka na stan spraw weterynaryjnych Związku Sowieckiego. — P. Guz: Przyczynek do leczenia syngamozy u drobiu. — S. Terlikowski: W sprawie koncentracji rozczynu pyoimmuniny. — M. Marczewski: Wpływ witamin i substancyj mineralnych na stan zdrowia zwierząt. — J. Kiszkiel: Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o zwalczaniu chorób zakaźnych zwierząt. — A. Mackiewicz: Krytyczne uwagi o nowej ustawie wet. — Z. Szymanowski: W sprawie ustawy o zwalczaniu zaraźliwych chorób zwierząt. — J. Kulczycki: Leczenie nimfomanji u klaczy za pomocą zabiegu chirurgicznego.

Wiadomości weterynaryjne, rok X, październik 1928, tom VII, nr. 99: T. Jastrzębski: Wągrzyca mózgu u psa. — P. Guz: Przyczynek do leczenia zalęgania jaj u drobiu. — J. Marczyński: Przypadek macicy jednorożnej u krowy. — Z. Szymanowski: Wrażenia z podróży naukowej do Wiednia i Budapesztu. — J. Wilczyński: Weterynaryjno-sanitarny stan koni m. st. Warszawy za rok 1924 i częściowo za lata 1925—1926. — K. Millak: Prawo o wykonywaniu praktyki weterynaryjnej w Anglji.

Przegląd ubezpieczeń społecznych, rok III, 1928, zeszyt 11: G. Raciążek: Wypadki nieszczęśliwe przy pracy a czynnik ludzki. A. Krieger: II. Zjazd Międzynarodowego Związku Kas chorych. F. Grodecki: W sprawie propagandy zdrowia na terenie Kas chorych. — H. Kłuszyński: V-ty Międzynarodowy Kongres lekarski dla chorób zawodowych i nieszczęśliwych wypadków. — E. Birsowski: Kilka uwag o rozpoznawaniu i lecznictwie. — S. Górniak: Działalność Kasy chorych m. Łodzi w świetle sprawozdań za lata 1926 i 1927.

Medycyna, rok II, nr. 42—43, z 27 października 1928: Z. Michalski, H. Petrynowska i M. Werkenthin: W sprawie zrostów opłucnowych. — Abramowicz: O powikłaniach ocznych, po nakłuciach i znieczuleniach lędźwiowych. — N. Krąkowska: Głuchoniemi (Z cyklu w sprawie głuchoty). — R. Wierzbicki: Pamiętniki Wiktora Szokalskiego (c. d.). — L. Zembrzuski: IV. Zjazd polskich historyków i filozofów medycyny w Krakowie 5—7 października 1928 r. — J. Ogrodowczyk: Badania nad środkami odżywczemi.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo niemieckie.

Narkose und Anaesthesie.

1928. Nr. 2.

H. Franken: *Fizjologiczne działanie podawanego kwasu węglowego, jego znaczenie dla usypiania i leczenia.* Działanie wdechiwanego kwasu węglowego polega na powiększaniu pojemności oddechowej, która wzmaga się w miarę powiększania ilości CO_2.

Może on być zastosowany z początkiem usypiania, podczas i po uśpieniu.

1) Przez podanie CO_2 z początkiem usypiania podnosi się znacznie pojemność oddechowa przy stosunkowo niskiem zagęszczeniu środka usypiającego, przyśpieszając uśpienie — tak, że w przeciągu 3—6 minut można uzyskać głęboki sen, bez poprzedniego podniecenia.

2) Podając go podczas uśpienia należy zwracać specjalną uwagę na stany asfiktyczne, spowodowane przez zadziałanie na ośrodek oddechowy. Główne niebezpieczeństwo w takim stanie stanowi brak tlenu, natomiast przedawkowanie CO_2 jest wówczas mniej niebezpieczne. Występująca wtedy sinica nie jest następstwem przedawkowania CO_2 ale braku tlenu. Jeśli taki stan jest spowodowany niedostatecznem oddechaniem to przez dodanie CO_2 wzmaga się pojemność oddechowa a tem samem doprowadza się większą ilość tlenu — usuwając szybko groźny stan.

3) Po ukończeniu uśpienia chodzi głównie o jaknajszybsze usunięcie z organizmu narkotyku a to znowu daje się najlepiej przeprowadzić zapomocą CO_2. To też i pooperacyjne zapalenie płuc występuje rzadziej przy stosowaniu kwasu węglowego, ponieważ przewietrzanie płuc jest znacznie lepsze a przytem i wykrztuszanie jest wzmożone.

Prócz tego uwydatnia się dodatnie działanie CO_2 na krwiobieg (zapad) i mięśnie gładkie przewodu pokarmowego, usuwając w dużej odsetce przypadków pooperacyjne porażenie jelit.

W końcu autor podaje prosty przyrząd do stosowania CO_2 podczas usypiania i do celów leczniczych.

1928. Nr. 3.

H. Schlossmann: *Oddechanie komórek pod wpływem acetylenu (stickoxydul).* A. dochodzi do przekonania, że wymienione wyżej środki nie działają hamująco na utlenianie komórek wątroby, nerek i mózgu. Nie wyklucza jednak możliwości istnienia komórek, które na utlenianiu cierpią.

H. Killian: *Dalsze badania doświadczalne nad awertyną.* Na podstawie dotychczasowych doświadczeń należy przyjąć, że awertyna działa szkodliwie na ośrodek oddechowy, podobnie jak chloroform i eter.

Jej działanie trujące nie jest mniejsze od izopralu, szybkość wchłaniania jest taka, jak amylhydratu, zaś szybkość wydzielenia na zewnątrz jak uretanu i izopralu.

P. Hussy: *Zagadnienie zniesienia bólu w praktyce położniczej.* Autor poddaje krytyce używane dotychczas w położnictwie środki znoszące ból, między innemi ostatnio zalecane awertynę i somnifen.

Na podstawie swoich bardzo długich badań uważa preparat „hemypnon" (0.005 diallylbarbit. kw. diacetylmorfiny i 0.5 anesonu) za najlepszy.

Wyniki ma w 71,7% bardzo dobre, w 8,3% zadowalniające a w 20% ujemne. Preparat może być stosowany w kołaczykach i czopkach.

Hemypnon w połączeniu ze znieczuleniem miejscowem jest najbardziej zbliżony do znieczulenia idealnego.

Surgery, Gynecology and Obstetrics.

1928. XLV. Nr. 1.

W. Lower i G. Belcher: *Tłuszczak nerki.* Opis przypadku. Przytoczenie piśmiennictwa.

S. Bunell: *Szew nerwu twarzowego wewnątrz kości skroniowej.*

D. Wilkie: *Ostre zakażenia dolnej części brzucha.*

S. Judd i G. Nagel: *Wycięcie wrzodu dwunastnicy.* Autorowie wycinają o ile możności wszystkie wrzody dwunastnicy. We wczesnych przypadkach wystarczy zwykłe wycięcie wrzodu z następowem zszyciem otworu. Nigdy przytem nie jest się zmuszonym robić zabiegu twórczego odźwiernika. Objawy w niektórych przypadkach, nie zupełnie znikają, jednak nowy wrzód się nie tworzy. By i te objawy usunąć zmodyfikowali autorowie zabieg o tyle, że przecinają równocześnie zwieracz odźwiernika.

Wyników jednak lepszych nie otrzymali. Część objawów jakie pozostawały była jednak następstwem skurczu zwieracza. By na stałe usunąć jego czynność radzą autorowie wycinać wraz z wrzodem przednią część zwieracza. Powstające w ten sposób dwa otwory dają się z łatwością zszyć, tak jak przy zespoleniu żołądkowo - jelitowem.

Zabieg ten nie nadaje się do wykonania, gdyż wrzód jest znacznie oddalony od odźwiernika i gdy dwunastnica jest mało ruchoma.

Specjalne wskazanie stanowi krwotok z wrzodu. Zespolenie żołądkowo - jelitowe w takim przypadku nie wpływa dodatnio na krwotok.

Najlepiej nadają się do tego pacjenci młodzi z krótkotrwałym przebiegiem chorobowym.

Ewentualny nawrót wrzodu dwunastnicy nie jest tak groźny jak wrzód trawienny jelita.

Wyniki mają autorowie dobre. W żadnym przypadku nie stwierdzili zaburzeń w opróżnianiu się żołądka lub zwężenia dwunastnicy. Kwasota po zabiegu obniżała się, jednak nie tak znacznie jak po zespoleniu żołądkowo - jelitowem.

Materjał operacyjny wynosi 120 przypadków bez jednego zejścia śmiertelnego.

Zabieg ten ma większe zalety niż zespolenie żołądkowo - jelitowe.

B. Allen: *Etjologja ropnego otoku opłucny.* Powikłania po zabiegach śródopłucnowych są bardziej niebezpieczne niż powikłania podczas zabiegu na klatce piersiowej.

Pooperacyjny ropny otok może być następstwem otoku krwawego wytworzonego podczas zabiegu. Jak wynika z doświadczeń autora otok ropny rozwija się w 100% w następstwie operacyjnego otoku krwawego. Z tego wynika, że należy krwotok operacyjny tamować bardzo skrupulatnie. Samoistny otok ropny może być również następstwem samoistnego otoku krwawego.

R. Allessandri: *Tarczyczne i przytarczyczne guzy bez pierwotnego schorzenia gruczołu tarczykowego.*

W. Hazel i E. Andrews: *Osteitis deformans.*

Chirurgja kliniczna.

A. Elschnig: *Zabiegi z powodu nowotworów oczodołu.*

E. Kutler i C. Beck: *Technika szwu sercowego.*

Th. Cullen: *Nadpochwowe wycięcie mięśniaka macicy.*

S. Iglauer: *Lipjodol jako środek rozpoznawczy schorzeń płuc.*

J. Roy: *Zabieg wyboru celem poprawienia nosa siodełkowatego.*

C. Eikenbary: *Sposób naprawy więzadeł krzyżowych kolana.*

J. Dewis: *Przepuklina otworu Winsłowa.*

C. Roeder: *Technika zabiegu szerokich przetok pęcherzowo-pochwowych.*

J. Miller: *Racjonalne leczenie schorzeń jajowodu.*

Janik (Lwów).

RUCH W STOWARZYSZENIACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie w dniu 25. IV. 1928

Przewodniczący: Wiceprezes Dr. Landau.

Obecnych 54.

Pułk. lek. Dr. Maciąg przedstawia 2 przypadki ostrego zaniku wątroby w toku leczenia kiły salwarsanem, oraz omawia szczegółowo dotyczące piśmiennictwo. W dyskusji zabiera głos Dr. Frommer.

Kol. Frommer podnosi, że przedstawione przypadki ostrego żółtego zaniku wątroby winny w szczególności zainteresować położników, albowiem przeszło 35% wszystkich przypadków towarzyszy ciąży, względnie połogowi. Frerichs zestawił 31 przypadków; z których 11 zachodziły podczas ciąży i połogu.

Kol. Frommer zaznacza, że zmiany anatomiczne w nabłonkach nerkowych, jelitowych i w mięśniu sercowym dowodzą, że ostry żółty zanik wątroby w ciąży zaliczyć należy do toksykoz porodowych. Ostry żółty zanik wątroby względnie dyspozycja do tej choroby polega na działaniu tego samego jadu w innych zatruciach ciążowych, a mianowicie w drgawkach porodowych, niepowściągliwych wymiotach, icterus gravis. Na podstawie tych badań wykazywał Frommer niejednokrotnie, że jadem tym jest arsen względnie fosfor, dostający się drogą alimentarną do organizmu, w którym wskutek niedomogi gruczołów i elementów wydzielniczych, następuje kumulacja arsenu względnie fosforu z objawami zatrucia. Obecnie przedstawiane 2 przyp. kol. Maciąga wywołane pobraniem preparatów arsenowych są w wysokim stopniu potwierdzeniem teorji Frommera. Odnośnie do przedstawionych obecnie preparatów mikroskopowych podnosi Kol. Frommer, że identyczne obrazy mikroskopowe wątroby opisał już w 1914 r. w Archiv für Gynäkologie przy ostrem zatruciu arsenem u królików i morskich świnek oraz u psa żywionego przez 26 dni arsenem. W komórkach wątrobowych w pośrodku zrazików widoczne są zwyrodnienia tłuszczowe, na obwodzie zrazików wątrobowych stwierdza się częstokroć ogniska nekrotyczne, w drobnych szczelinach międzyzrazikowych ciałka białe krwi (autoreferat).

Dr. Maciąg zaznacza w odpowiedzi, że salwarsan jest główną przyczyną ostrego zaniku wątroby, momentem zaś ułatwiającym jest zakażenie kiłą; przytacza opinje różnych autorów, wypowiadających się za i przeciw temu poglądowi.

Dr. Bożydar Szabuniewicz wygłasza odczyt p. t. *„O leukocytozie trawiennej"* (rzecz w druku).

W dyskusji zabierają głos: Doc. Kostrzewski, który przemawia w sprawie wahań ilości krwinek czerwonych i białych u ludzi, badanych obecnie obowiązującemi metodami i wykazuje niedoskonałość obecnych metod cytologicznego badania krwi.

Kol. Szczeklik zastanawia się nad tem, czy badania kol. Szabuniewicza przeprowadzone na zwierzętach, dadzą się przenieść do patologji ludzkiej.

Prof. Maydell wspomina o technice brania krwi na leukocytozę trawienną i poleca metodę liczenia 4-ma mieszalnikami. Podnosi kwestję wpływu apetytu na leukocytozę trawienną.

Posiedzenie w dniu 2 V. 1928.

Przewodniczący: Wiceprezes Dr. Landau.

Obecnych 30.

Przewodniczący odczytuje pismo, zawiadamiające o ukonstytuowaniu się Towarzystwa oto - rhino - laryngologów w Krakowie

Demonstracje: Kol. Spira przedstawia 1) przypadek złamania krtani przez owinięty wokół szyi szal (analogon do znanego przypadku słynnej tancerki Duncan); 2) przypadek mięsaka prawego migdałka, leczonego skutecznie Roentgenem.

W dyskusji zabierają głos: Doc. Szymanowicz, który wypowiada zdanie, że nowotwory takie jak mięsaki należy raczej poddać jednemu leczeniu, a więc albo naświetlaniu promieniami Roentgena, albo leczeniu operacyjnemu; wypowiada się natomiast przeciw leczeniu kombinacyjnemu, a więc leczeniu operacyjnemu i naświatlaniu równocześnie.

Odczyt kol. Małkiewicza p. t.: *„O roli ciśnienia osmotycznego ciał białkowych surowicy w powstawaniu obrzęków* (z demonstracją przyrządu).

W dyskusji: Doc. Kostrzewski zapytuje o technikę pobierania krwi do oznaczania ciśnienia osmotycznego, a następnie czy hemoliza wływa na to ciśnienie. Wspomina o sposobach oznaczania albumin i globulin w surowicy, a w końcu stawia jeszcze pytanie, czy z ciśnienia osmotycznego można wysnuwać wnioski o stosunku globulin do albumin.

Doc. Seńkowski zauważa, że w badaniach ciśnienia osmotycznego należy wziąć pod uwagę zawartość CO_2 w surowicy, która również wywiera wpływ na ciśnienie osmotyczne ciał białkowych. Prof. Lewkowicz wyraża zapatrywanie przeciwne, że czynnik ten niewiele wpływa na tok badań, gdyż ustrój jest tak nastawiony, że zawartość CO_2 nie może odgrywać tu roli. Badania nad rolą ciśnienia osmotycznego ciał białkowych w surowicy krwi są ciekawe zwłaszcza dla patologa. Widal odnosił powstawanie obrzęków do tego, że nerka nie przepuszcza chloru, w następstwie czego następuje przejście chloru do tkanek, a co za tem idzie i wody. Istnieje jednak dużo przypadków, które nie znajdują wytłumaczenia według powyższej teorji (zatkanie moczowodów bez obrzęków). Dopiero badania ciśnienia osmotycznego stosunki te wyjaśniają.

W dalszym ciągu dyskusji zabierali głos: kol. Kaulbersz, Seńkowski, prof. Lewkowicz, doc. Kostrzewski. Kol. Małkiewicz w odpowiedzi oświadcza, że nie przestrzegał specjalnych klauzul przy pobieraniu krwi; hemoliza nie odgrywa tu również roli. Co do stosunku ciśnienia osmotycznego do albumin i globulin to istnieje równoległość między ciśnieniem osmotycznem na 1 g białka, a stosunkiem albumin do globulin.

Posiedzenie w dniu 9. V. 1928.

Przewodniczący: Wiceprezes Dr. Landau.

Obecnych 46.

Demonstracje: Prof. Walter: 1) *Erytrodermia ichtiosiformis congenita* u dziecka 2-letniego. 2) Przypadek *sclerodermia diffusa*.

W dyskusji zabierają głos Doc. Szymanowicz w sprawie przypadku II-giego, zapytuje, czy u osobnika tego niema zaburzeń jajników. Prof. Walter w odpowiedzi. Z Oddziału V Szpitala św. Łazarza Kol. Kuryłło przedstawia 2 przypadki *alopecia post roentgen* i 1 *ulcus post roentgen*. Przyp. *gumma ossis frontalis*.

Doc. Szymanowicz przedstawia przypadek ciąży rozwiązany przy pomocy *sectio caesarea*, niezwyczajnej tem, że w czasie zabiegu operacyjnego macica zupełnie nie krwawiła.

Kol. Brzezicki przedstawia 2 przypadki z zakresu nerwic wegetatywnych dotyczące męża i żony.

Kol. Szczeklik przedstawia przypadek trombopenji esencjalnej u mężczyzny lat 21, u którego równocześnie stwierdzono eunuchoidismus. Chorego tego przedstawia ze względu na koincydencję eunuchoidismu z trombopenją esencjalną jakoteż ze względu na dobry wynik leczenia wątrobą, pod wpływem której u chorego ustąpiły wszystkie objawy skazy krwotocznej, znikły wybroczyny skórne, zmniejszył się czas krwawienia z 20 minut na 6 minut, ilość płytek wzrosła do normy.

W dyskusji zabierają głos Dr. Stryjeński i Kol. Szczeklik.

Posiedzenie w dniu 16. V. 1928.

Przewodniczący: Prezes Prof. Latkowski.

Obecnych 40.

Demonstracje: Pułk. lek. Dr. Rosenhauch przedstawia przypadek *exophtalmus pulsans*. Kol. Sokołowski przedstawia przypadek *glomerulonephritis haemorrhagica*. Kol. Szanzer przedstawia 13-letn. chłopca, u którego stwierdza się rozliczne zmiany kiłowe usadowione w różnych narządach, jak w układzie kostnym w wątrobie *(gummata hepatis)*, w nerkach *(nephrosis luetica)*, w gruczołach o wydzielaniu wewnętrznem, wyrażające się odpowiednio zmienioną budową *(infantilismus, hypogenitalismus)*.

W dyskusji zabiera głos Prof. Latkowski który zapytuje o zmiany w systemie nerwowym w przedstawianym przypadku. Jeśliby sprawa kiłowa zajmowała tutaj przysadkę i zwoje podstawowe to w następstwie powyższych zmian wystąpić mogłyby zaburzenia w gruczołach o wydzielaniu wewnętrznem. Kol Hirsch przedstawia roentgenogram z przypadku *spondylitis deformans*. Kol. Schwarzbard przedstawia przypadek: 1) zatrucia zgęszczonym kwasem octowym, 2) przypadek mięsaka migdałka lewego.

Kol. Adamowicz przedstawia z kliniki medycznej roentgenogramy: 1) ogniska naciekowego gruźliczego w dolnym płacie płuca prawego nad przeponą, które to ognisko w czasie 5-cio miesięcznej obserwacji uległo zwłóknieniu, 2) ogniska przerzutowego nowotworu kostnego (mięsaka) w płucu, 3) kamienia w woreczku żółciowym, 4) ciała obcego (kęsa mięsa) w dolnym odcinku przełyku, które zostało następnie zepchnięte sondą do żołądka.

W dyskusji zabierają głos kol. Szczeklik (ad 2).

Kol. Dziuba przedstawia z kliniki medycznej przypadek wyleczonej *nephrosis* po zatruciu sublimatem.

W dyskusji: Prof. Latkowski zaznacza, że istnieją cechy nerki sublimatowej które odróżniają ją od nerki nephrotycznej. Albowiem przy zatruciu sublimatem brak jest obrzęków w cięższych przypadkach i występuje podwyższenie ciśnienia krwi (do 160 mm Hg.), będące w związku z zatruciem i anurją, a nie w związku ze zmianami w naczyniach; cały proces przy zatruciu sublimatem toczy się w nabłonkach, w których prowadzi do nekrozy.

Kol. Reiner przedstawia przypadek *leiomyoma ventriculi* z kliniki medycznej, pierwej operowanego i stwierdzonego badaniem histologicznem.

Sekretarz: *E. Szczeklik.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Poznań.

Jubileusz 40-letniego istnienia „Nowin Lekarskich" odbędzie się w niedzielę, dnia 18 listopada 1928 r. o godzinie 11 rano na sali Wydziału Lekarskiego T. P. N. ul. Sew. Mielżyńskiego 26/27, wspólnie z obchodem 10-lecia pracy społeczno- i naukowo-lekarskiej w Wolnej Polsce.

Po uroczystem zebraniu odbędzie się bankiet na Białej Sali Bazaru.

Wszelkich informacyj udziela Administracja Nowin Lekarskich w biurze Związku Lekarzy, Poznań, ul. Wrocławska 3.

Za Wydział Lekarski Tow. Przyj. Nauk: Prof. dr. Karwowski, prezes, Prof. dr. Borowiecki, wiceprezes, Doc. dr. Bajoński, sekretarz, Doc. dr. Adamski, sekretarz, Dr. Karchowski, bibljotekarz, Dr. Matuszewski, skarbnik.

Za Nowiny Lekarskie: Prof. dr. Karwowski, redaktor naczelny, Prof. dr. Hoffman, prof. dr. Wrzosek, zastępcy redaktora naczelnego, Dr. Dymiński, Dr. Jagielski, wydawca.

Program: O godz. 10-tej nabożeństwo. O godz. 11-tej w Sali Wydziału Lekarskiego T. P. N. zebranie: 1. Zagajenie. 2. Przemówienia delegatów. 3. Wykład p. prof. Wrzoska: Historja Nowin Lekarskich. 4. Wykład p. prof. dr. Gantkowskiego: Z przeszłości Wydziału Lekarskiego. 5. Wykład p. prof. dr. Hoffmana. 6. Zakończenie. Godzina 14: Bankiet na Białej Sali Bazarowej.

Z kraju.

Stowarzyszenie lekarzy w Krynicy ogłasza konkurs na pracę z zakresu balneologji krajowej, ze szczególnem uwzględnieniem Krynicy na następujących warunkach:

1) Prace mają być nadesłane najdalej do dnia 1 maja 1929 r. pod adresem Zarządu Stowarzyszenia lekarzy w Krynicy.

2) Prace mają być zaopatrzone godłem, do niej zaś ma być dołączona zaklejona koperta, oznaczona zewnątrz tem samem godłem, wewnątrz zaś zawierająca imię i nazwisko oraz adres autora.

3) Prace mają być pisane na maszynie w 6 egzemplarzach.

4) Stowarzyszenie wyznacza dwie nagrody za najlepsze prace a mianowicie w kwocie 1.500 i 1.000 zł. Stowarzyszenie zastrzega sobie inny rozdział nagród, albo nawet nieudzielenie żadnej nagrody, gdyby żadna praca nie odpowiadała warunkom podanym lub nie stała na dość wysokim poziomie naukowym.

5) Sąd konkursowy składać się będzie z profesorów i docentów Uniwersytetów polskich i wyda swą opinję do dnia 2 września 1929 r., w którym to dniu nastąpi otwarcie kopert nagrodzonych prac i przyznanie nagród.

6) Na konkurs nadsyłane mają być tylko takie prace, które dotychczas nigdzie drukiem ogłaszane nie były.

Dr. Stanisław Lewicki, prezes. *Dr. Wilczewski*, sekretarz.

Czwarty Zjazd Członków Towarzystwa Lekarskiego Województwa Nowogródzkiego w Słonimie 17 i 18 listopada 1928 r. Sekcja I.: Dr. R. Zarcyn (Lida): Wrzód pełzający rogówki i organizacja walki z nim. — 2. Dr. Mandeltort (Nowogródek): Nowotwory płucne w świetle rentgenologji. — 3. Dr. I. Wolfson (Baranowicze): Przyczynek do zagadnienia gorączki popołogowej. — 4. Dr. S. Kozubowski i Dr. I. Kantor (Lida): Wrzód okrągły żołądka. — 5. Dr. J. Ginzburg (Nieśwież): Hipertonja pierwotna i pierwotna marskość nerek. — 6. Dr. Fr. Biłobran (Stolin): Przyczynek do pooperacyjnego leczenia zapalenia otrzewnej. — 7. Dr. M. Muszkat (Kleck): Zaburzenia odżywiania u niemowląt. — 8. Dr. N. Grynberg (Stołpce): Dosercowe zastrzykiwania adrenaliny w wypadkach nagłego zatrzymania działalności serca. — 9. Dr. L. Abramowicz (Baranowicze): Przyczynek do etjologji mechanicznej niedrożności jelit. — 10. Dr. J. Marmursztejn (Nowogródek): Temat zastrzeżony. Sekcja II. Dr. J. Jelec (Lida): 1. O zwalczaniu alkoholizmu. 2. Dr. S. Korolko (Słonim): Choroby zakaźne ostre i gruźlica w szkołach średnich Słonima. — 3. Dr. S. Sobieniniecki (Baranowicze): W sprawie organizacji walki z gruźlicą. — 4. Dr. W. Machniewicz (Lida): Półrocze działalności przychodni przeciwgruźliczej w Lidzie. — 5. Dr. J. Jelska (Słonim): Sprawozdanie ze zjazdu przeciwgruźliczego w Rzymie. — 6. Dr. W. Malinowski (Słonim) i Dr. E. Maciulewicz (Nowogródek): Organizacja lekarska i sanitarna w t. zw. powiatach wzorowych. — 7. Dr. J. Zienkowicz (Rubieżewicze): Szkic organizacji rejonu lekarskiego. — 8. Dr. B. Szeps (Baranowicze): Niedomoga oddechowa nosa. — 9. Dr. M. Szieber (Lida): Zastosowanie promieni Roentgena w diagnostyce chorób płucnych. 10. Dr. W. Blausztejn (Nowogródek): Fazy rozwoju gruźlicy. — Posiedzenie ogólne: 1. Inż. Al. Dyderski: Demonstracja aparatów dezynfekcyjnego i kąpielowego.

Program wykładów pp. Profesorów dla członków T. L. W. N. dnia 18 listopada 1928 r.: 1. Prof. Dr. Z. Szymanowski (Warszawa): Szczepionki przeciwgruźlicze Calmette'a i ich naukowe uzasadnienie. — 2. Prof. Dr. St. Władyczko (Wilno): Współczesny stan nauki o histerji. — 3. Min. Dr. W. Chodźko (Warszawa): Uzdrowotnienie wsi, a organizacja publicznej służby zdrowia. — 4. Radca Min. R. Sikorski (Warszawa): Stanowisko prawne i uprawnienia lekarzy szpitalnych według rozporzadzenia Prez. Rzp. o zakładach leczniczych. — Przerwa półgodzinna śniadaniowa. — 1. Prof. Al. Januszkiewicz (Wilno): Arteriosclerosa. — 2. Dyr. Dr. Cz. Wroczyński (Warszawa): Organizacja ośrodków zdrowia w związku z walką z gruźlicą. — 3. Prof. W. Jakowicki (Wilno): Czynność rozrodcza, a narząd moczowy. — 4. Zamknięcie Zjazdu.

Ze świata.

Międzynarodowe Kursy dokształcające w Berlinie urządza Związek Docentów wraz z fundacją Kaiserin Friedrich - Haus przy pomocy Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Berlińskiego. Część tych kursów odbywa się stale, inna część w przeciągu miesięcy marca i kwietnia 1929 r.

I Kursy stałe: a) kursy trwające po 2—4 tygodni, b) hospitowanie na klinikach, w szpitalach, lub w laboratorjach przez przeciąg 2—3 miesięcy, względnie i dłużej dla tych kandydatów, którzy pragną pracować praktycznie pod systematycznym kierunkiem.

II Kursy w marcu i kwietniu 1929: a) Ogólny kurs w grupach na temat „Postępy medycyny ze szczególnem uwzględnieniem chorób serca" (od 4—16 marca). — b) Kurs specjalny z urologii (od 18—23 marca). — c) Kurs specjalny z chirurgji na temat „Chirurgja piersi i brzucha" (od 8—13 kwietnia). — d) Kurs specjalny z rentgenologji, ze szczególnem uwzględnieniem jej zastosowania w chirurgji (od 14—21 kwietnia). — e) Kursy pojedyńcze ze wszystkich gałęzi medycyny, połączone z zajęciami praktycznemi.

Wszelkich bliższych wyjaśnień, tudzież wskazówek tyczących się mieszkań, kosztów utrzymania i t. p. udziela sekretarjat kursów: Geschäftsstelle der internationalen ärztlichen Fortbildungskurse, Berlin NW 6, Luisenplatz 2—4, Kaiserin Friedrich-Haus.

44 Kongres balneologiczny. 44 Kongres balneologiczny odbędzie się od 25 do 27 stycznia 1929 r. pod przewodnictwem b. Rzeczywistego Tajnego Nadradcy Zdrowia Prof. Dr. Dietricha w Berlinie. Jest to kongres jubileuszowy, gdyż Towarzystwo Balneologiczne stworzono dnia 14. X. 1878, a pierwszy kongres balneologiczny odbył się w tych samych dniach 1897 r., a więc właśnie przed 50 laty. Temat programu brzmi: „Nauka i badanie w balneologji". Kongres da możność przekonania się o postępach balneologji w ostatnich 50 latach i przyniesie dużo nowego o zadaniu i celach balneologji. Już teraz zgłoszono wykłady najlepszych znawców balneologji, jak naprzykład pomiędzy innymi Meyer (Wiedeń), Sellheim (Lipsk), Strasser (Wiedeń), Strass (Berlin), Heubner (Getynga), Saalfeld (Berlin), Curschman (Rostoka), Arnold (Berlin), Kaiser (Berlin - Adlershof), Hirsch (Charlottenburg), Dr. Weisz (Bad Pistany), Dr. Laquerr (Berlin).

Walka ze szczurami. Ostatni numer „Vers la Santé" pomieszcza artykuł, w którym dr. L. Bahr zwraca uwagę, iż dotychczas jeszcze nie jest dostatecznie spopularyzowaną świadomość niebezpieczeństwa, które dla zdrowia ludzkiego przedstawia istnienie olbrzymiej ilości szczurów, które nietylko zanieczyszczają miasta, lecz roznoszą zarazki różnych chorób.

W niektórych krajach przedsięwzięto ostrą walkę przeciw tym gryzoniom, istnieją nawet ustawy prawne co do stałego i systematycznego organizowania stałych metod w tym względzie. Sekcja higjeny przy Lidze Narodów zainteresowała się tą sprawą. Pozatem w maju b. r. odbyła się w Paryżu z inicjatywy Rządu francuskiego międzynarodowa konferencja, na której szczegółowo omawianą była szkodliwość szczurów i środki zwalczania tej klęski. Stwierdzone jest np., że szczury gnieżdżą się w ogromnych ilościach w miastach portowych, są roznosicielami zarazka dżumy, zwłaszcza w portach Morza Śródziemnego. Pozatem roznoszą one bakcyla żółtaczki, gnilca ustnego, trychinozy i wielu chorób zwierzęcych, niebezpiecznych dla zdrowia ludzi, a zwłaszcza zarazka gruźlicy, tak rozpowszechnionej u bydła.

Ponieważ zaś szczury są zwierzęciem wędrownem i całemi grupami przenoszą się z miejsca na miejsce — więc i różne zarazy wprowadzają do okolic, gdzie sobie obierają nowe osiedlisko. W Londynie kilku schwytanym szczurom założono na szyję żelazne pierścienie. W sześć miesięcy potem odnaleziono te same szczury w Bratford, odległem o 153 m. ang.

Walka z temi szkodnikami dotychczas odbywała się za pomocą trucia ich arszenikiem, strychniną lub innemi środkami podobnemi. Lecz jest to niebezpieczne zarówno dla ludzi, jak dla zwierząt domowych. Szczur jest z natury podejrzliwy i ostrożny i w miejscowościach, gdzie stosowano trucizny, rezultaty były nikłe. Wreszcie szczury uciekają z miejsca, gdzie się ich tępi. W krajach północnych stosowano bakterje różnych chorób. Lecz i to nie wystarcza, by wytruć dużą ilość szczurów, ponieważ nie wszystkie podlegają działaniu chorobotwórczych bakteryj.

Doświadczenie wykazuje, że istnieją dwie metody walki ze szczurami. Pierwsza — to przedewszystkiem dokładna ochrona wszelkich środków żywnościowych, tak, by szczury się do nich dostać nie mogły. Ponieważ zaś szczury żywią się również odpadkami — należy palić wszystkie odpadki, śmiecie, stare papiery i gałgany, a przedewszystkiem resztki jedzenia, zwykle wyrzucane do śmieci. Temi sposobami pozbawia się szczury środków żywności.

Druga metoda — to systematyczne, stałe tępienie szczurów. Doraźne zakładanie trutek, czy to w postaci trucizny, czy odpowiednio przyrządzonych bakteryj — nie osiąga pożądanego skutku natomiast stosowanie walki nieustannej, w niedalekich od siebie terminach, np. co dwa tygodnie, a już najgorliwiej należy zachowywać to w okresach jesieni i wiosny, gdy szczury się rozmnażają. W Danji taką właśnie metodą osiągnięto zadawalniający rezultat. Wytrwałość w tem, jak i w każdej innej dziedzinie — zwycięża. *A. R.*

Sprostowanie omyłek druku:

W numerze 44-tym Polskiej Gazety Lekarskiej z r. b. na stronie 802 w tytule pracy Dra E. Leyberga opuszczono po słowie „ilości" słowo: „barwików".

Redakcja otrzymała:

Bureau international du travail: „Bibliographie d'hygiène industrielle". Vol. III, Nr. 3, Septembre 1928.

Acta biologiae experimentalis, Vol. I, nr. 1928.

Samuel Edelman: „O ważniejszych wskazaniach dla stosowania diety roślinnej". 1928.

Wydawnictwa „Die Chirurgie" wychodzącego nakładem firmy „Urban u. Schwarzenberg", Wien, Tom II, część 2, zeszyt 23, „Die Chirurgie der Gelenke und Schleimbeutel".

K. Dąbrowski i J. Balukiewiczówna: „Przypadek rzekomogruźliczej postaci kiły płuc". Odb. z czas. „Gruźlica", Tom III, nr. 3.

K. Dąbrowski i W. Kruszewska: „Przyczynek do częstości i umiejscowienia gruźlicy jelit w przebiegu gruźlicy płuc przewlekłej". Odb. z czas. „Gruźlica", tom III, nr. 4.

K. Dąbrowski i W. Sobocińska: „Wyniki leczenia gruźlicy płuc antygenem metylowym Boqueta i Nègre'a". Odb. z czas. „Gruźlica", tom III, nr. 3.